# حوار مع رجل الكهف في

# اضطراب ثنائي القطب

# DSM-5

اضطراب ثنائي القطب و الاضطرابات ذات الصلة

Bipolar and Related Disorders

المحاورة الرابعة

دافيد رجل الكهف

# حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

# حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

## Bipolar and Related Disorders

## DSM-5

### المحاورة الرابعة

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب
دافيد رجل الكهف
ردمك: 978-9931-754-30-5
الإيداع القانوني: السداسي الأول - 2021

مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع
رقم 01 حي ابن سينا، بئر خادم، الجزائر
رقم الهاتف: (213) 0780002496 / (213) 0561391469
البريد الألكتروني: dromelin.publishing@gmail.com
الموقع الإلكتروني: www.dromelin.dz

# الإهداء

إلى دالي الذي أتمنى ألا يكون قد ورث منّي جينات جنوني.

إلى لوسيل التي يُسعدني سماع صوتها في كل حالاتي المزاجية.

إلى كلّ من دمّر اضطرابُ ثنائي القطب حياته كما دمّر حياتي.

**رجل الكهف**

## صدر من سلسلة حوار مع رجل الكهف حتى الآن

**المحاورة الأولى**: حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟

**المحاورة الثانية**: حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية

**المحاورة الثالثة**: حوار مع رجل الكهف في: الاضطرابات الاكتئابية

**المحاورة الرابعة**: حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

**المحاورة الخامسة**: حوار مع رجل الكهف في: الكتابة الأكاديمية

rajulkahf@gmail.com
@rajulkahf
TheCavemanTalks

# جدول المحتويات

# المقدمة

[1] إنّ من سخرية القدر أن أشرع في العمل على هذا الكتاب، وأخيه التوأم المتعلق بالاكتئاب، منذ ثلاث سنوات تقريباً، وألّا أستطيع إنهائهما إلّا وأنا في مشفى الأمراض النفسية بسبب نوبة اضطراب ثنائي القطب.

وإنّ نصف ابتسامةٍ لا إراديةٍ قد رُسمت على وجهي حين أدركت أنّي أكتب الباب المتعلق باضطراب ثنائي القطب الثاني في الذكرى السنوية لذلك اليوم المشؤوم الذي فتحت فيه عينيّ لأوّل مرةٍ مصعوقاً وغير فاهمٍ لما يجري حولي، فوجدتُني أدخل اليوتيوب لأسمع أغنية عدت يا يوم مولدي لفريد الأطرش، هذا لأنّ اضطراب ثنائي القطب الثاني هو سبب إقامتي غير الطوعية التي أستمتع بها الآن في مشفى الأمراض النفسية.

[2] هذه ليست إقامتي غير الطوعية الأولى في مشفى الأمراض النفسية، لا وليست أطولها. فالحق أنّ زياراتي تكرّرت في السنواتِ الأخيرة لهذه المشافي لدرجةِ أنّي أصبحت معتاداً على إجراءاتها وعلى نمط الحياة فيها.

على أيّ حال، إنّ الإقامة في هذا المشفى هي أكثر راحةً من سابقاتها لأسباب عديدة، من بينها أنّني أستطيع الكتابة. فالكتابة تستحوذ على تفكيري بالكامل، وبالتالي تمنعني من التفكير بأي شيءٍ آخر سوى العمل الذي أشتغل عليه، وهذا هو أكثر شيءٍ أحتاجُه الآن - **ألا أفكر**.

لذا فإنّي قد قضيت الأسابيع الماضية كلّها منكباً على العمل، من اللحظة التي استيقظ فيها إلى اللحظة التي أنام فيها، وأنا أعني هذا حرفياً، سيما وأنّ لدي اضطراب الأكل، فأنا الآن لا أهدر أيّ وقت بتناول الطعام على الإطلاق،

اللهمّ إلاّ ذلك الوقت الذي أجادل فيه الطاقم الطبي كي لا يجبروني على تناول الطعام.

[3] والحق أن الكتابة قد حققت المراد منها، فبالإضافة إلى فقداني نحو تسع كيلوغرامات في هذه الأسابيع، فإنّي قد فقدت الإحساس بالزمن تماماً، وتركيزي كلّه منصبٌّ على ما أعمل عليه لدرجة أنّي تجاهلت، إلى حدّ كبير، جميع الأمور التي أرغب ألّا أفكر فيها الآن، إلا أنّها قد جلبت معها مشاكلها الخاصة، أهمّها هو أنّي مجبرٌ على الجلوس خارج غرفتي -درءاً لاحتمالية أن أشنق نفسي بالأسلاك- وهو أمرٌ لا طاقة لي به. فمن يريد أن يمضي ساعات نهاره يشمّ روائح المدخنين، والأطعمة، والعطور القذرة، والأجساد التي لم تستحم منذ فجر التاريخ، والملابس التي لم تغسل منذ أن تمت خياطتها؟ ومن ذا الذي لديه طاقةٌ كافيةٌ ليقضي يومه محاولاً التملّص من امرأة في نوبة هوسٍ لم تنخفض منذ أسابيع لا تستطيع التوقف عن الكلام ولا يوجد شيءٌ يوقف محاولاتها الحثيثة لإجراء محادثات لا أحد يعرف موضوعها، ولا حتّى هي؟ ومن له صبرٌ على رجلٍ عدواني استفزازي لديه حالة شكٍّ تجعله موقناً أن هذا المنكبّ على الكتابة طوال اليوم هو جاسوس يكتب التقارير ويرسلها للإرهابيين؟ ومن الذي يرغب بأن تكون موسيقى الخلفية ليومه كلّه هي مزيجٌ من ضحك الضاحكين، ونحيب الباكين، والصراخ، والأنين؟ بيدَ أن تحمّلي لكل ذلك كان نتيجته إرسال ثلاث كتب إلى دار النشر. فبجانب هذه المحاورة وشقيقتها التوأم المتعلقة بالاكتئاب، فإني قد أنجزت كتاباً في فلسفة الأخلاق ينشر باللغة الإنجليزية تحت عنوان Essays on Ethics.

[4] قبل ثلاث سنوات عزمت على القيام بتأليف موسوعة للاضطرابات النفسية باللغة العربية بترجمةٍ دقيقةٍ عن أهمّ المراجع العالمية وأكثرها مصداقيةً في هذا المجال، وهذا لأنّي في الواقع أعاني معاناةً مزمنةً من مجموعةٍ لطيفةٍ جداً

من الاضطرابات النفسية يتربّع على عرشها، بطبيعة الحال، الاضطراب موضوع البحث في هذه المحاورة. فأنا ثنائي القطب الثاني مع هيمنة للنوبات الاكتئابية والنوبات المختلطة، مع دورانٍ سريعٍ، ودورانٍ سريعٍ جدا، هذا إلى جانب اضطراباتٍ نفسية أخرى عديدة لكن لا علاقة لها بمحتوى هذه المحاورة لا ولا بحجز حريتي الذي أنعم به الآن.

إلا أنّ ذلك المشروع ما فتئ يتعثّر لعدة أسباب على رأسها أنّني مصاب بلعنة اضطراب الشخصية الوسواسية القهري OCPD، لذا فإنّ العمل ما فتئ يتضخم أكثر فأكثر فوجدتني قد أغرقت نفسي بالمراجع وحملت الكتب إلى بيتي بالعشرات حتّى فقدت السيطرة على الأمر وأعلنت استسلامي. في الحقيقة هذه حالة نمطيّة للمعاناة مع اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وهي ليست المرّة الأولى بالنسبة لي، ولن تكون الأخيرة.

[5] سببٌ آخر لتعثّر ذلك العمل هو فقدان مادةٍ كبيرةٍ منه نتيجة عملية سرقة تعرضت لها، فخسرت أشهراً من العمل، ومن ضمن المواد المفقودة أبوابٌ جاهزةٌ ومراجع لهذه المحاورات الثلاث. وإنّ أكبر فقدٍ كان لمحاورة اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. ومع أنّي قد أعدت بناء الكثير مما فقد، إلا أنّي أعترف أنه قد تعذّر عليّ بناء كل شيء. وفوق هذا، فإني قد اضطررت لحذف أبوابٍ وفقراتٍ كاملة، ليس لأنّي فقدتها لكنّي قد فقدت مراجعها ولا أريد أن أنشرها دون إرفاق مصادرها معها، على أنّي أبقيت على فقراتٍ رغم ضياع مصادرها، وهذا بحسب ما ارتئيت أنّه الأنسب.

[6] ليس من داعٍ لأن استطرد أكثر في هذا الموضوع، إلا أنني شعرت أنّي بحاجةٍ إلى الإشارة إليه، لاسيما وأنّ هذه هي المحاورة الثالثة والأخيرة لمجموعة المحاورات التي تشكّل في واقع الأمر محاورة واحدة قد تم تقسيمها في ثلاثة أجزاء. وأنا أقصد محاورة اضطرابات الشخصية، وهي الجزء الأول من هذه

المحاورة، والتي غطيت فيها جميع اضطرابات الشخصية مع التركيز على اضطراب الشخصية الحدية، ثم تأتي محاورة الاكتئاب لتمثل الجزء الثاني حيث بحثت فيها النصف الأدنى من ثنائي القطب، وهو الاكتئاب أحادي القطب، وتناولت فيها جميع الاضطرابات الاكتئابية، وأعراضها، ومعايير تشخيصها، ومقاييس واختبارات الاكتئاب المعتمدة عالمياً. والآن تأتي هذه المحاورة لتبحث النصف الأعلى من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بالتفصيل، وتتناول أعراضها، ومعايير تشخيصها، مع شروحاتٍ مفصلةٍ للاضطرابات المزاجية ذات الطابع الثناقطبي.

وعليه فإنّ قراءة المحاورة المتعلقة بالاكتئاب، والتي نُشرت بالتزامن مع هذه المحاورة، هو أمرٌ ضروري كي يتمّ فهم اضطراب ثنائي القطب بشكلٍ كامل، هذا لأنّي لن أعيد تكرار جميع الشروحات المتعلقة بالنصف الأدنى من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، أقصد الاكتئاب، كما أنّي لن أعيد إدراج مئات المراجع التي قمت بتضمينها في ذلك الكتاب هنا.

[7] هذا الكتاب يتضمن المحاورة الرابعة في سلسلة *حوار مع رجل الكهف* التي كان أولها *حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟* وثانيها *حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية*. وثالثها *حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب*. ويليه في السلسلة *حوار مع رجل الكهف في: الكتابة الاكاديمية*.

والحقّ أنّني أبني سلسلة *حوار مع رجل الكهف* بشكلٍ تكاملي، بحيث أنّ كلّ محاورةٍ تستند على المحاورة السابقة عليها وتؤسّس للمحاورة اللاحقة لها. لهذا السبب سوف يُلاحظ القارئ أنني أشير إلى المحاورات السابقة في مواضع عديدة، لأنّني لم أكرر ما قد شرحته فيها ما لم يكن أمراً جوهرياً لا يمكن متابعة الحوار دونه. وهذا يصدق بشكل كبير جداً على المحاورة التوأم، الاكتئاب، التي أعتقد وبشدة أنه يجب اعتبارها جزءاً من هذه المحاورة كما أشرت آنفاً

لأنها تبحث القطب الأدنى من ثنائي القطب في حين أنّ هذه المحاورة تبحث القطب الأعلى منه، كما والانتقالات بين القطبين.

[8] فحتّى يحصل القارئ على الكسب المعرفي الأمثل من هذه المحاورة عليه قراءة محاورة الاكتئاب ومن ثم أن يقرأ هذه المحاورة بترتيب أبوابهما. لأن هاتين المحاورتين مبنيتان بالتكامل مع بعضهما، فالأولى تؤسس للثانية، وكل بابٍ يؤسس لما بعده. وبالتالي فإنّ قراءة بابٍ واحدٍ أو أبوابٍ متفرقةٍ سوف يترك القارئ إمّا بمعرفةٍ مغلوطة أو معرفةٍ منقوصة.

أقترح أن تتم قراءة هاتين المحاورتين بالكامل، ومن ثمّ الإبقاء عليهما كمرجعٍ بحيث يمكن للقارئ العودة في وقتٍ لاحق إلى الباب الذي يبحث مراده بشكل مباشر بعد أن كان قد استوعب الأمر برمّته في قراءته الأولى.

[9] تجدر الإشارة إلى أنّه على الرغم من أني متأكد من صحة جميع المعلومات الواردة في هذه المحاورة -لأنني ترجمتها بنفسي، وبمنتهى الدقة، عن أهم وأحدث الكتب والأبحاث والدراسات ذات الصلة- إلا أنّه لا يجب، بحال من الأحوال، أن يتم استخدامها كبديل عن مراجعة الأخصائيين النفسيين.

[10] ولتحقيق أعلى إفادةٍ ممكنةٍ للقارئ، فإني قد شرحت ماهية اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، وقمت بتبسيط تعقيدات نوباته والتقلبات المزاجية كي يفهمها القارئ تمام الفهم. ومن ثم فقد ضمنت معايير تشخيص اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلّة كاملة بالإضافة إلى جميع محددات هذه التشخيصات، وشرحت أساليب العلاج وما يجب على المريض أن يفعله في سبيل العلاج من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

وعليه، فإنّ الغاية الأساسية لهذا العمل هي أن يكون دليلاً للقارئ للتعرف على اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة وفهمها فهماً جيداً، ومن ثم فإنّ من يشعر أنّ معايير تشخيص أحد الاضطرابات تنطبق على حالته أو

أنّه قد اختبر إحدى النوبات المذكورة، فإنه سيعرف ما الذي عليه فعله في آخر المحاورة.

وبالتالي فإنّ المحاورة تمسك بيد القارئ من بداية التعرّف على اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة حتّى توصله إلى الطبيب وتتابع معه العلاج حتّى يستقر وضعه.

[11] وإضافةً إلى ما ذُكر أعلاه، والذي هو مادةٌ غير مسبوقةٍ بلغة الضاد، فإنّي قد قمت بعناية بإعداد قائمة طويلة من أسماء وقصص مشاهير مصابين باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، وهي أيضاً قائمة لا نظير لها. وبعد هذه القائمة، أدرجت مختارات من تعليقاتٍ على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في قناة *أحاديث رجل الكهف* فيها أسئلة وتجارب متنوعة لها علاقة بما تبحثه هذه المحاورة،* بحيث أنها تجيب على تساؤلات لدى القارئ، وتجعله، بالإضافة إلى قائمة المشاهير، يتعرّف على تجارب حية لأشخاص عانوا من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

[12] على أنّي قد حاولت مساعدة القارئ الذي يريد معرفة أساليب العلاج بتزويده بمراجع تتعلق بعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وإنّي أقترح على القارئ، وخاصة القارئ المتخصص أو الذي يريد التعمق في الموضوع، الاطلاع على القائمة الطويلة التي أدرجتها في محاورة الاكتئاب والتي هي معتمدة أكاديميا وفي الممارسات العيادية.

[13] إنّ المرجع الرئيسي لهذا العمل هو (DSM-5 2013) ومنه ترجمت تشخيصات جميع اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

---

* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

ومحدّداتها ترجمة حرفية، على أنّ هناك مراجع أخرى بالطبع. وجميع هذه المراجع تقريباً منشورة من قبل دور نشر تعد من أكثر دور النشر مصداقية في العالم مثل: American Psychiatric Association و The Guilford Press وOxford University Press وChicago University Press وSpringer وOxford Medical Publications وStudentlitteratur وAcademic Press وNature & Kultur و Cambridge University Press وOxford Blackwell Scientific Publications.

[14] أمّا الدراسات والمقالات فهي منشورة في أهم مجلات مراجعة الأقران في هذا المجال، ليس أدنى من: Harvard Review of Psychiatry وAmerican Journal of Psychiatry و.Journal of Clinical Psychology وAnnual Review of Clinical Psychology و Clinical Psychology Review وInternational Review of Psychiatry وAdvances in Psychiatric Treatment و British Journal of Psychiatry وLancet وBiological Psychiatry وBipolar Disorders وActa Psychiatrica Scandinavia.

[15] في البابين الثالث والثلاثين والرابع والثلاثين يجد القارئ المصادر التي استندت عليها في كتابة كلّ الأبواب السابقة عليهما بما فيها من قراءاتٍ مقترحةٍ ومراجع إضافيةٍ ذات صلةٍ بمحتوى كل باب، هذا بالإضافة إلى قائمة مراجع تخص الاضطرابات النفسية بصفةٍ عامّة، وقائمةٍ ثانية تتعلّق باضطرابات كثُرت الإشارة إليها في المحاورات الثلاث المتعلقة بالاضطرابات النفسية لكنّي لم أتطرق لها بعد في سلسلة *حوار مع رجل الكهف*، كاضطرابات الأكل والقلق ونقص الانتباه مع فرط النشاط وغيرها. أما من يريد مراجع تتعلق بالاضطرابات الاكتئابية فإنه سيجد المئات منها في المحاورة الثالثة، ومن يريد

مراجع تتعلق باضطرابات الشخصية فإنه سيجد المئات منها في المحاورة الثانية.

أتمنى للجميع عدم زيارة قطبي المزاج، وعدم تجربة الإقامة غير الطوعية في المشافي النفسية.

رجل الكهف

23 July 2020 – 02:42 pm.

Östersund, Sverige

# مدخل المحاورة

## الاضطرابات النفسية

## Mental Disorders

[16] التقى داني ولوسيل، وهما شابان في أوائل العشرينات من العمر يعملان في مجال الصحافة والإعلام، في صيف العام الماضي مصادفةً برجلٍ قد جهّز لنفسه كهفاً في غابة شاطئية غير مأهولة يمضي فيه وقته عندما يشعر أنّه بحاجة إلى الانعزال عن العالم (رجل الكهف 2018: 16§-32). أثار الحوار مع هذا الرجل اهتمام داني منذ بدايته فبدأ بتسجيل جميع الحوارات التي دارت بين ثلاثتهم خلال الأيام التي قضوها سوية، ثم قام بتفريغ التسجيلات الصوتية ونشرها في كتابٍ حمل عنوان *حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟* (2018)

ما لبث الاثنان أن كرّرا زيارتهما للكهف خلال عطلة نهاية العام، وقام داني أيضاً في هذه الزيارة بتسجيل الحوارات التي دارت بينهم، ومن ثمّ تفريغ التسجيلات الصوتية ونشرها في ثلاث كتب، كان أولها كتاب *حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية* (2019) وثانيها كتاب *حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب* (2020) وثالثها هذا الكتاب الذي حمل عنوان *حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثنائي القطب.*

[17] على الرغم من أنّه ليس المفيد هنا الحديث عن اللقاء الأول الذي جمع ثلاثتهم، ولا عن الزيارة الثانية وما جرى في أيامها التي تسبق ما دوّن في هذا الكتاب، لا ولا أن نصف الغابة والكهف وساكنه الانعزالي ذو الوجه الخالي من التعابير، لأنّ كلّ ذلك قد تم توصيفه بدقةٍ في المحاورات الثلاث السابقة، إلّا أنّه من الضروري قبل تدوين ما جرى بين ثلاثتهم من حواراتٍ في الأيام الأخيرة

للزيارة الثانية إعادة سطر حوار قد جرى في بدايتها.

حصل هذا حوالي الساعة التاسعة والنصف من صباح اليوم التالي لوصولهما، حيث كان داني أول المستيقظين فأخذ يسلّي نفسه في تقليب الكتب الملقاة على مكتب رجل الكهف المزدوج. وبعد قليلٍ استيقظت لوسيل، وبعدها بحوالي نصف ساعة استيقظ رجل الكهف الذي نظر إلى داني نظرةً لا تخلو من الانزعاج. وعند هذه الحظة دار الحوار التالي هكذا تماماً دون أيّ مقدمات:

[18] **داني:** لقد لاحظت في زيارتنا السابقة أنّك مهتم بعلم النفس، لكني لم أتوقع أنك تقرأ كل هذه الكتب في تشخيصات وعلاجات الاضطرابات النفسية!

**رجل الكهف:** ولِمَ لا يا عزيزي. إنّ جميع ما يقوم به البشر من عملياتٍ فكرية، وجميع ما يشعرون به، بل إنّ إدراكهم بالكامل مرهونٌ بالطريقة التي يعمل بها الجهاز النفسي لكلّ فرد منهم. وبالتالي، فإنّ فهم الاضطرابات النفسية هو مفتاحٌ لنا كي نفهم أنفسنا بشكلٍ أفضل، كما وكي نستطيع تحليل تصرفات الناس والحكم على جودة أفكارهم.

[19] **لوسيل:** نعم لقد تحدّثنا في المرّة الماضية عن أنّ الأفكار التي يقوم بتوليدها كلّ دماغ هي من الاستحالة بمكان أن تعتبر موضوعية. (2018: §93-206)

**رجل الكهف:** بالتأكيد، ومن هنا تنبع أهمية دراسة وفهم الاضطرابات النفسية التي تصيب الناس. فإن جاءنا شخص يَدّعي صادقاً أنه يرى ويسمع ما لا يراه ويسمعه غيره، فإنّ الفرق بين أن نكون جاهلين بالاضطرابات النفسية أو مطّلعين عليها ينتج عنه أن نعتبر هذا الشخص نبياً أو قديساً ونتبع هلوساته، أو أن نأخذه إلى مركز العلاج النفسي قبل أن يؤذي نفسه أو غيره.

أو عندما يأتينا متفلسف ليطرح علينا فلسفته العدمية، ويخرج لنا بنتيجة يراها هو منطقية جداً وهي أن الحياة لا تستحق أن تعاش، وأن الانتحار هو

الحل العقلاني الذي علينا جميعاً اللجوء إليه، فإن هذا الإنسان هو على الأغلب يعاني من الاكتئاب. وبالتالي، بدل أن ندخل معه في جدلٍ عقيمٍ أو أن نتبع استنتاجاته بسذاجة، نستطيع أن نقول له بكلّ صراحةٍ: "أنت يا صاحبي مريض، دماغك لا يعمل كما يجب عليه أن يعمل، عليك بحلّ مشكلتك الخاصة أولاً قبل أن تعمّم على البشرية نظريتك السوداوية هذه".

[20] **دالي:** لكن مهلا! من نحن كي نقرر أنّه مكتئبٌ وأنّه غير طبيعي؟ أليس من الممكن أنّنا نحن -الذين نقرر ذلك- غير طبيعيين أيضاً بل وبحاجة إلى العلاج؟ بل أليس من الممكن أن نكون نحن -الذين نقول له ذلك- غير طبيعيين وهو الطبيعي؟ ألا يقولون "خذوا الحكمة من أفواه المجانين؟" ما هو المعيار الذي سنعتمده لنقول إنّ هذا طبيعي وذلك لديه مشكلة تحتاج حلاً؟

**رجل الكهف:** هذا سؤالٌ ممتاز. ومع أن الإجابة عليه قد تتضمن جدلاً فلسفياً وعلمياً طويلاً إلا أنّني أرى الأمر على وجه العموم بسيطاً على النحو التالي: نحن نتاج ملايين السنين من العمل الدؤوب للانتقاء الطبيعي. وبالتالي، فلننظر إلى النتاج العام الذي فضّله الانتقاء الطبيعي في تكويننا النفسي ولنعتبر ما برمجنا عليه الانتقاء الطبيعي على أنّه "طبيعي". أما إن حصل خللٌ في عمل إحدى البرمجيات هذه مما من شأنه أن يعيق الفرد عن مواصلة حياته بشكل طبيعي، أو أن هذا الخلل قد يسبب خطراً على الشخص نفسه و (أو) غيره، فلنعتبر هذا "غير طبيعي".

[21] **لوسيل:** هل لي بمثال؟

**رجل الكهف:** إنّ جهازنا النفسي، كما سبق وتحدثنا في المرة الماضية، مبرمج بطريقة يسمح لنا بالتعلم من تجاربنا. التجارب السيئة تسبب لنا شعوراً نكرهه جميعنا، وذلك على عكس التجارب الجيدة. وبهذه الطريقة نستطيع أن نتعلم أنّ هذا الأمر جيد لنا، بينما ذاك على العكس منه. وعليه إذاً فإن

الحزن الناتج عن المرور بتجربة سيئة هو أمر طبيعي جداً.

لكن أن يجد الإنسان نفسه عالقاً في هذا الحزن، والذي يجنح إلى التفاقم مع مرور الوقت بدل أن يجنح إلى التلاشي، معيقاً الفرد عن القيام بأنشطته الطبيعية الاعتيادية، بل موصلاً إياه إلى التفكير بإنهاء حياته لأنّه غير قادرٍ على رؤية أيّ أمل في المستقبل، كما ولأن درجة الألم النفسي الذي يعانيه تفوق قدرته على احتمالها، هذا ما يُعتبر فشلاً في آلية عمل جهازه النفسي كما برمجه الانتقاء الطبيعي. فليس من الممكن أن يقوم الانتقاء الطبيعي بانتقاء - والمحافظة على- نزعة الأفراد لقتل أنفسهم؛ هذا يتنافى بشكل تام مع آلية عمل الانتقاء الطبيعي.*

وعليه، فنحن نقول لهذا الشخص كما سبقت الإشارة: "أنت يا صديقي بحاجة إلى رؤية أخصائي كي يساعدك على إصلاح هذا الخلل الذي تعاني منه. هذا ما يجب عليك فعله الآن بدل أن تحكم على الحياة كلها بنظرتك التشاؤمية هذه".

[22] دالي: لماذا لم تعطني جواباً مباشرا؟ هل تريد أن تقول إنّه لا يوجد تعريفٌ محددٌ للاضطرابات النفسية؟

**رجل الكهف:** في الواقع، نعم بكلّ أسف، حتّى اليوم لا يوجد تعريفٌ محدّد أو حدودٌ واضحة للاضطرابات النفسية. وهناك خلافٌ حول الاضطرابات

---

* أضاف رجل الكهف مثالاً آخر عند تكرار هذا الحوار تمهيداً للحديث عن الاضطرابات الاكتئابية وهو نوبات الهلع مشيراً إلى أنّ الخوف هو استجابةٌ تكيفيةٌ في مواجهة التهديدات، لكن أن تحصل نوبة هلعٍ بدون وجود أي مبرّرٍ منطقي مسبب للهلع، فهذا ما يعتبر فشلاً في هذه المنظومة، فيُمسي الشخص مصاباً بهلعٍ دون أي مبرّرٍ لهذا الهلع، بل إنّه قد يتطوّر ليُصاب بنوبات الهلع وهو نائمٌ أيضاً -أي أنه يستيقظ من نومه وهو في حالة هلع- لذا فإنّ نوبات الهلع تصنف، حسب كلام رجل الكهف، على أنها اضطرابٌ نفسي يتوجب علاجه. (Barlow 2014: 8)

النفسية والاضطرابات العقلية والأمراض النفسية والأمراض العقلية وسواها من المسميات. لكن، على أي حال، يجب ألّا ننسى ما سبقت الإشارة إليه من أنّه لا يوجد شيء اسمه عقل. (رجل الكهف 2018: 70$) وإن كنّا لا نزال نقول اضطرابات أو أمراض عقلية، فإن هذا مرده إلى التركة الثقيلة التي لا زلنا متأثرين بها وهي ثنائية الجسد والعقل.

بيدَ أنّه، في الواقع، جميع الاضطرابات والأمراض العقلية دون استثناءٍ هي ذات أساسٍ بيولوجي مادي، وبالتالي فإنها جميعاً، بطريقة أو بأخرى، أمراض فيزيولوجية كحال جميع الأمراض الأخرى. (DSM-IV 1994: xxi وأنظر Hollandsworth 1990 وRettew 2015)

[23] داني: رويدك يا صاحبي. لو أنّ هناك أذيةً في الدماغ أو خللاً في نشاطه لأمكننا أن نقول إنّ الاضطراب أو المرض الناتج عنه هو فيزيولوجي حتما. لكن في مثل حالة المثال الذي ذكرته أنت نفسك، ذلك الذي وقعت له مصيبة قادته إلى الاكتئاب وربما قرّبته من الانتحار أو أوصلته إليه، إنّي أرى أنّ هذا لديه اضطراب نفسي ليس ناتجاً عن مسبب بيولوجي.

رجل الكهف: هذا الجدل طويل جداً لكني أراه غير ذي معنى في عمقه. هذا لأن جميع الأحاسيس التي يشعر بها الإنسان هي نتيجة لنشاطٍ ما كيميائي أو كهربائي في الجسم. هذه المشاعر ليست منفصلة عن الجسد بأي شكل من الأشكال. وبالتالي، فنعم قد لا يكون لدى هذا الشخص خللٌ جيني سبب الاكتئاب له، لكن هذا لا يمنع كونه ذا سبب بيولوجي، ليكن خللاً في السيروتونين على سبيل المثال.

لا يمكنك، يا داني، أن تشعر بأي شيءٍ دون نشاطٍ مادي ما يحصل في جسدك. ولهذا السبب، نحن نجنح لأن نقول بأن الشخص الميّت لا يشعر بأي شيءٍ وهذا لانعدام وجود أي نشاطٍ بيولوجي في جسده، اللهم إلا البكتيريا

السعيدة بالتهام وجبتها الطازجة.

[24] لوسيل: إذاً أنت ترى أن جميع الاضطرابات العقلية هي ذات منشأ بيولوجي.

رجل الكهف: بدايةً، مع أنّه من المقبول اليوم استخدام عبارتي الاضطرابات العقلية، والاضطرابات النفسية تبادلياً، لكن دعينا نتجنب استخدام كلمة اضطراب عقلي، فلا وجود للعقل كي يحصل له اضطراب! دعينا نسميها اضطرابات نفسية أو أمراضاً نفسية، وهذا كي نفرقها فقط عن تلك التي ليس لها تأثيرٌ حتميٌ على الحالة النفسية للإنسان؛ كمرض السكري والتهاب المفاصل وغيرهما من الأمراض الفيزيولوجية. رغم أن كلا النوعين ذوي منشأ بيولوجي إلا أنّ تجلياتهما تختلف تماما.

وكي أدعم لكِ فكرتي، يكفيني الإشارة إلى أنّه سواء كان الاضطراب عصبيّ المنشأ كالصرع والزهايمر أو نفسيّ المنشأ كالفصام والتوحد بل وحتّى الاكتئاب فإن كلتا الحالتين تظهران اختلافات تشريحية في أدمغة المصابين بهما.

كما إنّ بعض مناطق الدماغ كالحُصين Hippocampus مثلاً -التي تؤثر في معالجة الذاكرة والمشاعر- تكون غالباً بحجم مختلف عند المصابين بالأمراض النفسية والعصبية على حدٍّ سواء مقارنةً بنظرائهم المعافين.

لكن، بطبيعة الحال، إنّ الاضطرابات العصبية تسبب شذوذاً في عمل مناطق الدماغ المختلفة كما وشبكة الاتصالات في الدماغ بطريقةٍ تختلف عن الاضطرابات النفسية. (Rettew 2015)

[25] دالي "مقاطعاً بنظرة تعجب وهو يشير إلى كتاب DSM-IV": هل يعقل أن يكون هذا الكتاب الذي يبحث في تشخيص الاضطرابات العقلية كما هو مكتوب عليه، أو الاضطرابات النفسية كما أحببت أنت تسميتها، لم يضع تعريفاً لهذه الاضطرابات التي يبحث هو فيها؟!

رجل الكهف: في الواقع لقد ذكر محررو هذا الكتاب أنّهم غير موافقين على

عبارة "اضطرابات عقلية" هذه المستخدمة في عنوانه، إلا أنهم يستخدمونها على أي حالٍ لعدم توافر البديل المناسب. وجواباً على سؤالك، فانهم قد أشاروا بوضوحٍ إلى أنّ مفهوم الاضطراب النفسي، حاله كحال غيره من الكثير من المفاهيم الطبية والعلمية، يفتقر إلى تعريف تشغيلي يغطي جميع الحالات.

ومع ذلك، فهم قد أبقوا على التعريف الذي كان مدرجاً في النسخة الأقدم بقولهم: كلّ اضطرابٍ نفسي مدرج في هذا الكتاب يُصنّف على أنّه أعراض نفسية أو سلوكية ذات مغزى سريريا؛ حيث إنّه يترافق مع تواجد محنة، أو عجز، أو مع ارتفاع ملحوظ في خطورة المعاناة من الموت، أو الألم، أو العجز، أو فقدان هام في الحرية. (DSM-IV 1994: xxi)

ونجدهم في النسخة الأحدث يؤكدون على أنّ كلّ اضطرابٍ نفسي يجب أن يكون عبارةً عن أعراض توصف كاضطراب بليغ سريرياً في إدراك الفرد، أو في انتظام مشاعره، أو سلوكه والذي ينعكس كاختلال وظيفي في العمليات النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية المتضمنة في الوظائف العقلية. مضيفين أنّ الاضطرابات النفسية تكون مترافقةً عادةً مع محنةٍ بليغة أو عجزٍ في الأنشطة الاجتماعية، أو الوظيفية، أو أيّ أنشطة هامّة أخرى. (DSM-5 2013: 20)

هذه هي المحدّدات المعتمدة اليوم كي نقول عن حالةٍ ما أنّها تمثل اضطراباً نفسياً يا لوسيل.

26] **لوسيل:** من الواضح أنّ المحنة التي يعيشها الفرد هي ما يحدّد كونه مريضاً نفسياً أم لا.

**رجل الكهف:** تماماً، على أنّ المعاناة هذه يجب أن تؤثر سلباً على حياة الإنسان وتعيقه عن ممارسة حياته الطبيعية و (أو) تسببّ خطراً عليه و (أو) على الآخرين. (أنظر Harrison 2018)

[27] **دالي:** إذاً الاضطراب النفسي يجب أن يتضمن معاناة أو خطراً من نوع ما.

**رجل الكهف:** بكل تأكيد. هذه هي القاعدة: لا يوجد اضطرابٌ نفسي جيد، أو ممتع، أو مفيدٌ للإنسان. لا شكَ أنّه تتفاوت خطورة هذه الاضطرابات ودرجات المعاناة التي تنتج عنها، لكن لا بد لها جميعاً من أن تتضمن آثاراً سلبية على الفرد من وجهة نظر الفرد.

وعندما أقول من وجهة نظر الفرد، لا أعني هذه العبارة بالطريقة التي نقصدها عادةً، بل أعنى من وجهة نظر الفرد ككائنٍ بيولوجي؛ سلامة هذا الكائن البيولوجي ورخاءه هو المقصود.

[28] **لوسيل:** لماذا تقول هذا؟ هل يمكن ألا يعرف الفرد نفسه أن لديه اضطراباً نفسياً يسبب له الأذى؟

**رجل الكهف:** بالطبع! كيف يمكنكِ أن تقنعي شخصاً بأن لديه هلوسات أو أوهام وتعريف هذين الاثنين يقتضي بالضرورة أن يعتقد الفرد أنّ ما ينتج عنهما حقائق؟ كيف يمكن لشخصٍ يعاني من نوبة هوسٍ أن يقدّر أنه بحاجةٍ ماسةٍ إلى العلاج وهو غير مدركٍ أساساً أنّه يقوم بتصرفات قد تؤذيه أو تؤذي غيره؟ في حالاتٍ كهذه، على سبيل المثال لا الحصر، إنّ الفرد لا يستطيع أن يقرّر أنه بحاجةٍ إلى طلب المساعدة لأنه غير مدركٍ لوجود خطب ما لديه، على أن هذا لا ينفي أنّه يجب على المحيطين به طلب العلاج له دون انتظار موافقته.* هل فهمتما الفكرة؟

[29] **دالي:** نعم، بيدَ أني أفكر الآن أنه أليس من الممكن أن يقوم المجتمع، والحالة هذه، باعتبار أي سلوكٍ منحرفٍ جنسياً كان، أو دينياً، أو حتّى سياساً، والذي

* لقد أكّد رجل الكهف على أنّه يقول هذا بتحفظ دون الخوض في الجدل الجاري حول هذا الأمر في فلسفة الأخلاقيات الطبية.

قد ينتج عنه صراع بين الفرد والمجتمع، على أنه اضطراب نفسي؟

**رجل الكهف:** قطعاً كلا. (DSM-5 2013: 20) هذه لعبةٌ يلعبها ثواليث القمع كثيراً لكنها هراءٌ محض (رجل الكهف 2018: §33-92). ما لم يكن هذا الانحراف أو الصراع نتيجة اختلالٍ وظيفي لدى الفرد فإن القول بأنَّ هذا أو ذاك لديه اضطرابٌ نفسي لمجرد كونه مختلفاً، بأي شكلٍ كان، عما يعتبره المجتمع سلوكاً سليماً هو مجرّد كلام جُهّال لا أكثر. ومن هنا تنبع أهمية المراجع التي تحدد تشخيصات للاضطراباتِ النفسية؛ كي لا يكون الأمر مجرد أهواء أو آراء شخصية. (أنظر Tseng 2003 وBuhugra 2018)

[30] **لوسيل:** إذاً لا يوجد أي علاقةٍ بين المحدداتِ المجتمعية وبين الاضطراباتِ النفسية. (أنظر Kirmayer 2017)

**رجل الكهف:** كلا، إنَّ هناك علاقة بينهما. فقبل أن نحدد أنَّ شخصاً ما لديه اضطرابٌ نفسي، علينا أن ننظر إلى المحددات المجتمعية ذات الصّلة بهذا الاضطراب. وبالتالي، فإنَّ أي استجابةٍ مقبولةٍ مجتمعياً عند حدوثِ خسارة ما أو مؤثرٍ ما لا تعتبر اضطراباً نفسياً طالما كانت متوقعة من الأشخاص في هذا المجتمع في مثل هذه الظروف؛ كالحزن على وفاة شخص عزيز مثلاً وما يقوم به الفرد في مثل هذه الحالات. (DSM-5 2013: 20) و (DSM-IV 1994: xxi)

[31] **لوسيل "بحيرة":** لم أفهم!

**رجل الكهف:** خذي طقس السُتي الهندوسي القديم كمثال، حيث كان يتوجب على المرأة أن تقتل نفسها بعد وفاة زوجها. وفي مجتمعاتٍ أخرى عليها أن تبقى في عويلٍ ونحيب ممتنعةً عن القيام بأي شيءٍ مدةً من الزمن.

طالما كان الفرد يتصرّف بما توجبه عليه العادات أو الأعراف أو الواجبات الدينية فلا يُعتبر سلوكه هذا ناجماً عن اضطراب نفسي حتّى ولو كانت هذه

التصرفات مدرجة كأعراضٍ لأحدِ الاضطراباتِ النفسية. (أنظر -Lewis Fernandez 2016)

[32] **لوسيل:** وهل هناك محددٌ ما يمكن اعتماده كي يقرر الفرد أن عليه الذهاب إلى أخصائي نفسي؟

**رجل الكهف:** سأختصر الأمر عليك. إذا تساءل الشخص فيما هل يتوجب عليه زيارة أخصائي نفسي أم لا، فليذهب! لأنه على الاغلب بحاجة لذلك.

هذا وعليكِ أن تعرفي يا لوسيل أن مجرد الذهاب إلى أخصائي نفسي لا يعني بالضرورة أنّ الشخص يعاني من اضطراب نفسي. جميع الناس يمرون بفتراتٍ سيئة في حيواتهم أو فترات يكونون فيها بحاجةٍ إلى دعمٍ أو مساعدة. لذا، فإنّ الذهاب إلى المعالج غالباً ما يكون مفيداً.

[33] **دالي "مقاطعا":** وهل مجرد الشعور هذا يعني أنّ على الإنسان أن يخضع للعلاج؟

**رجل الكهف:** في الواقع هذه أمورٌ مختلفة. إنّ مجرد شعورك بأن لديك خطباً ما لا يعني بالضرورة أنك ستحصل على تشخيصٍ باضطراب نفسي. وإن حصلت على تشخيصٍ بأحد الاضطرابات النفسية، فإنّ هذا لا يعادل الحاجة إلى العلاج.

إنّ الحاجة إلى العلاج هو قرارٌ سريري معقّد يأخذ بعين الاعتبار شدّة الأعراض، مثل وجود أفكارٍ انتحارية، ومحنة المريض، وشدة ألمه النفسي، والعجز المرتبط بالأعراض التي لدى المريض، والمخاطر والفوائد المرجوّة من العلاج المتاح حالياً، كما وعوامل أخرى كالأعراض النفسية المعقدة لمرض آخر.

وبالتالي، فالأطباء قد يواجهون أفراداً والذين أعراضهم لا تطابق المعايير الكاملة لاضطرابٍ نفسي ما لكن تبدو عليهم الحاجة الواضحة للعلاج أو الرعاية. وعليه، فإنّ حقيقة أن بعض الأشخاص لا تظهر عليهم جميع الأعراض

الدالة على التشخيص لا يجب أن يُستخدم كمسوغٍ لتبرير الحدّ من حصولهم على الرعاية المناسبة. (DSM-5 2013: 20)

[34] **لوسيل:** هذا مثيرٌ حقًا. وما رأيك في أنّ الاضطرابات النفسية تقوم بتصنيف الناس في مجموعاتٍ بحسب الاضطرابات التي لديهم؟

**رجل الكهف:** هناك قلّة من الناس يفضلون هذا، وهم أولئك الواعون المدركون لمعاناتهم من أحد الاضطرابات المزمنة، ووجهة نظرهم هي أنّ هذا الاضطراب أو ذاك هو جزءٌ من شخصياتهم أو من كيانهم الذاتي، كالمصابين بأحد اضطرابات الشخصية أو اضطراب ثنائي القطب مثلا. فليس من النادر أن يقول لك شخص ما "أنا ثنائي القطب" بدل أن يقول "أنا لدي اضطراب ثنائي القطب".

[35] **لوسيل** "مقاطعة بابتسامة": هذا لطيفٌ حقا.

**رجل الكهف:** على أنّه من وجهة نظرٍ أكاديمية هذا النوع من التصنيف غير محبذٍ يا لوسيل. فكما أنّه لا يجوز أن نقول عن شخصٍ ما أنّه سرطان أو أنه سكري، بل نقول شخصٌ مصابٌ بالسرطان أو بالسكري، فبالمثل يجب أن نقول شخصٌ مصابٌ بالفصام لا شخصٌ منفصم، ويجب أن نقول شخصٌ مصابٌ بالاكتئاب الحاد أو الاكتئاب المستمر لا شخصٌ مكتئب. (DSM-IV 1994: xxii) *

*لقد نوه رجل الكهف إلى أن هذه ليست قاعدة صارمة، حيث إنّ بعض الأكاديميين وأهل الاختصاص لا يلتزمون بها. فعلى سبيل المثال، إننا نجد (Beck 2016) يطلق اسم اضطراب الشخصية على صاحبه، فيقول على سبيل المثال: "الشخصيات النرجسية" عوضاً عن "الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية النرجسية" أو على الأقل: "ذوي الشخصيات النرجسية".

**لوسيل**: فهمت فكرتك، إنها منطقية.

[36] **دالي**: هل عدد المصابين باضطراباتٍ نفسيةٍ كبيرٌ جدا؟

**رجل الكهف**: في الواقع يستحيل القيام بإحصائيةٍ عالميةٍ لعدة أسباب. فمعظم الناس حول العالم ما يزال لديهم جهلٌ كبيرٌ في الثقافة النفسية، حيث نجد أنّ جميع ما نعتبره اليوم اضطرابات نفسية لديه مقابلات خرافية في كل ثقافة. وبالتالي، فإنّ معظم الناس حتّى اليوم لا يزالون يلجؤون إلى المشعوذين، على اختلاف أنواعهم، طلباً للعلاج بدل لجوئهم إلى المعالجين النفسيين. (رجل الكهف 2018: 344§)

كما إنّ أكثر الناس المصابين باضطراباتٍ نفسية لا يعرفون أنّهم مصابون بها، وخاصة إذا كانت مرافقة لهم منذ الطفولة، وبشكلٍ أكثر خصوصية إذا كان آخرون في أسرهم يعانون من أعراضٍ مشابهة، فينشأ الفرد معتقداً أنّه لا مشكلة لديه بل هو طابعٌ خاصٌ لا أكثر، كاضطرابات الشخصية على سبيل المثال.

[37] **لوسيل "مفكرة"**: أعتقد أنك مصيب.

**رجل الكهف**: إضافةً إلى أنّ بعض الاضطرابات التي تشتمل على نوبات، كثنائي القطب مثلاً، قد تكون نوباتها متباعدة جداً لدرجة أن الفرد قد لا يربط بينها بل يعتقد أن مزاجه في هذه الحالة أو تلك ناجمٌ عن سببٍ بيئي ما وليس لأنه مصابٌ باضطراب نفسي.

ناهيكِ عن أنّ بعض الاضطرابات تجعل الفرد نفسه محجماً عن طلب العلاج؛ فليس من النادر أن يصل شخصٌ مصابٌ باكتئاب حاد إلى الانتحار دون أن يفكّر مجرد تفكيرٍ بطلب المساعدة؛ هذا لأنّ الاكتئاب نفسه قد أفقده أي أملٍ في أنّ من الممكن له الحصول على حياةٍ تستحق أن تُعاش. (أنظر Hunt 2009)

وبالإضافة لهذا، فإنّ معظم الناس يشعرون بالخجل من طلب المساعدة النفسية، وغالبيتهم لا ثقة لهم بالمعالجين والأطباء النفسيين، وقسمٌ كبيرٌ منهم يجد صعوبة أساساً في تقبّل فكرة أن يجلسَ مع شخصٍ آخر ويفتح قلبه له.

ولا تنسي أنّ تكاليف العلاج النفسي مرتفعة في معظم دول العالم وأحياناً لا يغطيها التأمين الطبي.

وهكذا نجد أن لدينا قائمة طويلة من المسبّبات التي تحدّ من إمكانية تقدير عدد المصابين باضطرابات نفسية في العالم. (أنظر Segall 1990)

على أيّ حال، لقد أشار المعهد الوطني للصحّة العقلية في أمريكا إلى أنّ ربع سكان أمريكا قد تم تشخيصهم بأحد الاضطرابات النفسية. وهذا رقمٌ مرعبٌ إذا أخذنا بعين الاعتبار ما ذكرته سابقاً من معوقاتٍ لطلب العلاج، وبالتالي معوقات لمعرفة عدد المرضى الحقيقي، فإنّ هذا يعني بالضرورة أن أكثر من ربع السكان عملياً مصابون باضطراباتٍ نفسيةٍ يمكن تشخيصها وعلاجها. (أنظر Grant 2004)

[38] داني "بدهشة": هذا مرعب حقا؛ إذا أردنا تعميم هذا الرقم على باقي دول العالم فنحن نتكلم عن أنّ أكثر من ربع سكان العالم حتماً مصابون باضطراب نفسي ما!

**رجل الكهف:** هذا صحيح، وعليك أن تعرف أن تسعين بالمئة من المنتحرين كان لديهم اضطرابٌ نفسي يمكن علاجه، لكنّهم ببساطة لم يلجئوا لطلب العلاج.

وهذا هو السبب الثاني لاهتمامي بدراسة الاضطرابات النفسية؛ وهو لأنها شائعةٌ أكثر بكثير مما تعتقدان. فإذا أخذنا التقديرات والإحصائيات بعين الاعتبار فسنجد أنفسنا أمام حقيقة مرعبة وهي أنه في كل بناء، وفي كل شركة، وفي كلّ معمل، بل وفي كلّ حافلةٍ هناك أشخاصٌ مصابون باضطرابات نفسية.

**لوسيل:** يا للهول! إنّي أتمنى أن تُحدّثنا عن الاضطرابات النفسية؛ فمن الواضح أنّ هذا الموضوع هو على جانبٍ منقطع النظير في الأهمية.

[39] هكذا إذن بدأ الحوار حول الاضطرابات النفسية، حيث أشعل فتيله فضول داني وغذّى ناره اهتمام لوسيل. وبعد أن تمّت تغطية الأيام الخمسة الأولى لهذه الزيارة ونشر ما جرى فيها من حوارات على جزئين، يمكن الآن الانتقال إلى الأيام الأخيرة لنرى كيف انتهى هذا الحوار، بحيث يمثل هذا المجلد الجزء الثالث والأخير للزيارة الثانية. (انظر رجل الكهف 2019 ورجل الكهف 2020)

# الباب الأول

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

## Bipolar and Related Disorders

*صباح اليوم السادس، ثلاثتهم جالسون خارج الكهف يشربون القهوة ويستمعون إلى موسيقى الفلامينكو.*

[40] **دالي:** إنّك البارحة لم تستجب لمطلبي في أن تحدثني عن اضطراب ثنائي القطب الذي تعاني منه، فهل لك أن تفعل هذا اليوم؟

**لوسيل** "بعيون لامعة": نعم من فضلك حدّثنا عنه، فأنت قد أشرت مرات عديدة إلى اضطراب ثنائي القطب، وإلى نوبات الهوس، ونوبات تحت الهوس وكلما سألتك عنها كنت تقول لي أن علينا التركيز على الاضطرابات الاكتئابية وبعدها نتحدث عن اضطراب ثنائي القطب.

**رجل الكهف:** هذا صحيح يا لوسيل. فلا يمكننا الحديث عن اضطراب ثنائي القطب ما لم نفهم الاكتئاب في بادئ الأمر. حيث إنّ اضطراب ثنائي القطب هو الأخ الأكبر للاكتئاب، لأنّ الأخير هو جزء من الأول.

[41] **لوسيل** "بحماسها الطفولي": أخبرنا عنه الآن إذن.

**رجل الكهف:** لقد تغيّر اسم هذا الاضطراب عبر الزمن. قديماً كان يسمى Manic Depression الهوس الاكتئابي، اضطراب الهوس والاكتئاب، الاضطراب الثناقطبي، الذهان الدوري، وغيرها من المسميات. في عام 1958 أصبح اسمه Manic Depressive Illness ليتغير لاحقا ليصبح Bipolar Affective Disorder الاضطراب الوجداني ثنائي القطب. حاليا يسمى Bipolar Disorder الاضطراب ثنائي القطب. (العيسى في جاميسون 2008: 18) تتعدّد الأسماء لتصف اضطراباً يختبر فيه المرء نوبات اكتئابية ونوبات هوسية، أو تحت هوسية، والتي هي الحالة المزاجية المعاكسة للاكتئاب. لهذا السبب يسمّى ثنائي القطب، أي أنّ الشخص قد اختبر قطبي المزاج: القطب الأعلى وهو الهوس، والقطب الأدنى وهو الاكتئاب.

والحقّ أن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة تمثل حلقة الوصل ما بين الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات الفصامية. لذا فإن محرري (DSM-5 2013) قد قاموا بتصنيف اضطراب ثنائي القطب منفصلاً عن الاضطرابات الاكتئابية، وقاموا بإدراجه بين الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الاكتئابية، بينما في الإصدار السابق (DSM-IV 1994) كان كلّ من الاضطراب أحادي القطب وثنائي القطب مدرجين في باب واحد تحت مسمّى اضطرابات المزاج. (DSM-5 123:2013 وDSM-IV 1994 317:1994)

[42] **لوسيل** "باهتمام": بإمكاني فهم التأثير البيئي على الشخص الذي قد يسبّب له الاكتئاب، لكنّي لا أستطيع تخيل الظروف البيئية التي قد تدفع الانسان إلى نوبة هوس.

**رجل الكهف:** إنّ اضطراب ثنائي القطب يختلف عن الاضطرابات الاكتئابية في هذه النقطة، فهو مرض جيني بامتياز. العامل الجيني له دور أساسي في أن

يطوّر الإنسان اضطراب ثنائي القطب. فمثلاً، تقول الإحصائيات أنّه لو كان أحد الزوجين لديه اضطراب ثنائي القطب، فإنّ هناك احتمال أن يطوّر واحد من كلّ ثلاثة أبناء اضطراب ثنائي القطب (30%). بينما لو كان الزوجان لديهما اضطراب ثنائي القطب، فإن هناك احتمالاً إحصائياً أن يطوّر ثلاثة من كلّ أربعة أبناء اضطراب ثنائي القطب (75%).

[43] **لوسيل:** هذا يعني أن ما تكلّمنا عنه من أن الحياة العصرية وضغوطها هي المسببة للاكتئاب، لا ينطبق على اضطراب ثنائي القطب. (رجل الكهف 2020: الباب الثامن والثلاثون)

**رجل الكهف:** ملاحظتك صحيحة. في الواقع إنّ اضطراب ثنائي القطب على عكس الاكتئاب ليس مرتبط بالحداثة، فهو شائع عبر التاريخ. حتّى أننا نجد أنّ أبقراط قد ربط نوبات الهوس مع الملنخوليا ضمن اضطراب واحد، قبل ألفين وأربعمائة سنة.

كما أنّه لا يوجد أي رابطٍ بين اضطراب ثنائي القطب والعوامل البيئية والاجتماعية، مثل الدين، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية، المستوى المادي، السكن في الريف أو المدينة وغيرها. وانتبهي إلى أنني أتكلم في كل هذا عن الإصابة باضطراب ثنائي وليس عما يحفز النوبات فيه. فبديهيا، إنّ ما تكلّمنا عنه كمسببات للاكتئاب كالتوتّر هي قد تحفّز نوبة اكتئاب لدى المصاب باضطراب ثنائي القطب، لكن لن تسبّب له الاضطراب نفسه. (ibid.)

[44] **لوسيل:** فهمت قصدك.

**رجل الكهف:** ومع هذا، فيجب ألّا يُفهم من كلامي أنّ هذا الاضطراب هو جيني فحسب. إنّ السبب الدقيق والمباشر لا يزال غير مؤكد، لكن المؤكد هو الترافق الأسري جينياً لهذا الاضطراب، كما ومع أخويه الاكتئاب والفصام، حيث قد تجدين أشخاصاً لديهم هذه الاضطرابات ضمن نفس العائلة. لكن بما أنّ

هذا الاضطراب هو نتيجة خلل في النشاط الدماغي، فمن الممكن أن تكون له مسبباتٌ أخرى غير جينية، بيد أنّ السبب الجيني هو الأكثر شيوعاً إحصائياً. (2012 Goes و2003 Berrettini)

[45] **دالي**: وهل هو اضطرابٌ أكثر خطراً وتأثيراً سلبياً على حياة الشخص من الاكتئاب أم أنّ تأثيرهما بنفس القدر تقريباً؟

**رجل الكهف**: في الحقيقة، إن كنت قد قلت لكما أول أمس أن الاكتئاب هو أسوأ مرض يمكن أن يصيب أيّ إنسان. وأنه المرض الذي يُعتبر من أكثر الأمراض التي يتصدّى لها أخصائيو الصحة النفسية. وأنه سيصبح بحلول عام 2030 من ضمن أكثر ثلاث مسببات للمرض، والعجز، والوفاة المبكرة للفئة العمرية 15-44 سنة. (رجل الكهف 2020: الباب الأول وBarlow 2014: 276-275) فإنّني أحدّثكما اليوم عن أكثر مرض يشكل خطراً مباشراً على حياة الانسان.

[46] **دالي** "باهتمام": لماذا؟

**رجل الكهف**: لأنه مسؤولٌ لوحده عن ربع حالات الانتحار في العالم.

**دالي** "بذهول": واحدٌ من كل أربع حالات انتحار في العالم هي لمصاب باضطراب ثنائي القطب!

[47] **رجل الكهف**: نعم يا عزيزي، إنّ خطورة الانتحار لدى المصاب باضطراب ثنائي القطب تصل إلى خمس وعشرين مرّة عن الناس المعافين. وإنّ أكثر من ثلث المصابين باضطراب ثنائي القطب يحاولون الانتحار. واحدٌ من كلّ خمسةٍ منهم ينجح بالانتحار. نصف المصابين باضطراب ثنائي القطب تأتيهم هواجس انتحارية أثناء نوبات الهوس، وثمانيةٌ من كل عشرة أشخاص تأتيهم هذه الهواجس أثناء نوبات الاكتئاب الحاد (82%). هذه النوبات تمتد أكثر من أسبوعين، والتي هي المدّة اللازمة لتشخيص نوبة الاكتئاب الحاد كما ذكرت

لكما أول أمس، أيضاً لثمانية من كل عشرة أشخاص مصابين باضطراب ثنائي القطب (78%). (رجل الكهف 2020: الباب الرابع) كما أنّ واحدا من كل ثلاثة أشخاص تمتدّ لديه نوبة الهوس أكثر من أسبوع، والتي هي المدّة اللازمة للتشخيص كما سأشرح لكما لاحقا (36%).

**دالي** "بذعر": هذه أرقامٌ مرعبة حقا.

[48] **رجل الكهف:** لذا فلا عجب أنّه من ضمن أكثر عشرة أمراض مسببة للعجز في العالم، لاسيما وأنّ سبعين في المئة من المصابين بهذا الاضطراب يحتاجون دخول المشفى في نوبات قوية.

**لوسيل:** هذه نسبة عالية جدا. ثلاثة من كل أربع أشخاص يحتاجون دخول المشفى بسبب نوبات اضطراب ثنائي القطب!

[49] **رجل الكهف:** نعم، هذا صحيح. ولا يقف الأمر هنا. إن اضطراب ثنائي القطب تقريباً دائماً ما يترافق مع حالات مرضية أخرى. على سبيل المثال، إن مرضى اضطراب ثنائي القطب مرشحون للإصابة بالسكري ثلاث مرات أكثر من الناس المعافين. وهم مرشحون للوفاة بسبب مرض السكري أو السكتة الدماغية أو أمراض القلب أكثر مرتين من الناس المعافين.

ثلاثة من كل أربعة مصابين باضطراب ثنائي القطب لديهم زيادة وزن (68%). وواحد من كل ثلاثة أشخاص لديه بدانة (35%)، وهذه أعلى نسبة من أي اضطراب نفسي آخر. هؤلاء الأشخاص المصابون بالبدانة تكون نوباتهم أكثر حدة وأكثر تكرارا. وهذا لأنّ اضطراب ثنائي القطب بحد ذاته يغير من الشهية ويغير معدل الاستقلاب في الجسم.

ويشيع ترافق اضطرابات القلق مع نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس لدى أكثر من نصف المصابين باضطراب ثنائي القطب (62%). يليها من حيث النسبة اضطرابات السلوك والتي ترافق نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس

لدى أقلّ من نصف المصابين باضطراب ثنائي القطب (44%). وواحدٌ من كلّ ثلاثة مصابين باضطراب ثنائي القطب يعاني من اضطرابات إساءة استخدام المواد (36.8%). (Merikangas 2007).

وبالمناسبة، إنّ اضطرابات إساءة استخدام المواد، تشيع بين المراهقين المصابين باضطراب ثنائي القطب أكثر بخمسة مرات عن أقرانهم المعافين. (Wilens 2004) وتزداد احتمالية أن يكون الشخص مدخناً إلى الضعف في حال كان مصاباً باضطراب ثنائي القطب.

[50] **دالي "مقاطعا"**: لم أتوقّع كل هذا على الإطلاق. إنّي أتساءل هل نوبات الاكتئاب لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب هي مثل تلك لدى المصابين بالاكتئاب الحاد؟

**رجل الكهف**: على الرغم من أنّ كلا الاكتئابين قد يبدوان متشابهين جدا، لكن بشكلٍ عام، بالمتوسط، الاكتئاب المرافق لاضطراب ثنائي القطب يتضمّن تغيراتٍ مزاجية بتواتر أعلى، كما أنّه يكون مستعصياً على العلاج أكثر من اضطراب الاكتئاب الحاد. (Cuellar 2005)

بالإضافة إلى أنّ مرضى اضطراب ثنائي القطب تأتيهم هواجس انتحارية أكثر من مرضى الاكتئاب أحادي القطب. على أنّ الأخيرين غالباً ما يشعرون بالتعب أكثر من الأولين. (Weinstock 2009)

[51] **لوسيل "مقاطعة"**: وماذا عن الاضطرابات الفصامية؟ لماذا قلت لنا أنّ اضطراب ثنائي القطب يشكل حلقة الوصل بين الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الاكتئابية؟

**رجل الكهف**: في الحقيقة كثيراً ما يتمّ تشخيص اضطراب ثنائي القطب على أنّه فصام، هذا لأن المصاب بالفصام، عندما يكون في نوبة ذهانية، تكون الأعراض الظاهرة عليه تشبه أعراض نوبات ثنائي القطب، من فرط النشاط،

والطاقة، والحركة، والأفكار، مع مزاج عالٍ أو مكتئب. وبالمناسبة، أثبتت الدراسات وجود تشارك جيني بين الاضطرابين. أقصد بهذا أنّهما يتفشيان في نفس العائلات، كما قلت لكما قبل قليل. فتجد شخصا مصاباً بالفصام في الجيل الأول، تبعه شخص مصاب باضطراب ثنائي القطب في الجيل التالي على سبيل المثال. (Berrettini 2003 وGoes 2012)

[52] لوسيل: فهمت مقصدك. لكن قبل أن تتابع، إني انتبهت إلى كلمة قلتها أنت قبل قليل، أريد سؤالك عنها.

رجل الكهف: ما هي؟

لوسيل: لقد قلت إن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو أكثر مرض يشكل خطراً مباشراً على حياة الانسان. هل أضفت كلمة "مباشراً" عن عمد أم أنه يمكنني اهمالها؟

رجل الكهف: أنا مدهوشٌ من شدة ملاحظتك وحرصك على عدم ترك ما لاحظته دون تفسير. يا عزيزتي، أنا بشكل عام لا أقول كلاماً بدون مغزى، هل لازلت غير متأكدة من هذا؟

[53] لوسيل "بسرور": أنا أعرف هذا جيداً، ولهذا السبب سألتك. ما كنت لأنتبه أو آخذ كلمة عابرة كهذه على محمل الجد لو قالها شخص غيرك.

رجل الكهف: في الواقع، إن أكثر اضطراب نفسي (او مجموعة اضطرابات نفسية) حصداً للأرواح هي اضطرابات الاكل. أقصد مجموع الذين يتوفون كنتيجة لاضطراب أكل ما يعانون منه. لكن هذا ليس بشكل مباشر في الغالبية العظمى من الحالات.

[54] لوسيل: كيف إذن؟

رجل الكهف: إن اضطرابات الأكل كثيراً ما تتسبب باضطرابات نفسية أخرى

واضطرابات عضوية ما كانت لتوجد لدى المريض لو لم يكن يعاني ضحية أحد اضطرابات الأكل. لهذا السبب يُقال إن اضطرابات الأكل هي أكثر الاضطرابات النفسية تسبباً للوفيات، لكن ما لا يقولونه عادة هو أن هذا بشكل غير مباشر وغير مفاجئ. أقصد أن الشخص يعرف مرضه العضوي بطبيعة الحال ويعاني منه عضوياً لفترة من الزمن قبل أن يصل إلى الوفاة. طبعاً أنا أتكلم بشكل عام كالعادة فليس الجميع هكذا. بينما اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو الأكثر الاضطرابات النفسية حصداً للأرواح بحد ذاته دون الاستعانة بأي مرض عضوي كي ينفذ هذه المهمة عنه.

[55] **لوسيل:** فهمت مقصدك تماما. كم أتمنى أن تحدثنا عن اضطرابات الأكل، فإني أعرف بعض المصابين بها وأشاهد معاناتهم، لكن أعرف أن عليّ ألا أسألك أي شيء عن ذلك الآن.

**رجل الكهف:** سأزودك بمراجع عن اضطرابات الأكل وعلاجها قبل أن تغادري كي تطلعي عليها أنت وهؤلاء الأشخاص فيما بعد.

**لوسيل** "بفرح طفولي": هذا رائع جداً، شكرا لك.

[56] **داني:** على أي حال، دعنا نترك الآن المنافسة المحتدمة بين هذين الاضطرابين على الوفيات وأخبرني عن بداية الحيوات. هل يبدأ اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في الطفولة؟

**رجل الكهف:** لقد قلت لك أول أمس أن أحد الاختلافات بين اضطراب المزاج المتقلّب المشوش واضطراب ثنائي القطب هو أن إصابة الانسان باضطراب ثنائي القطب قبل مرحلة المراهقة هي حالةٌ نادرة تقل عن واحد بالمئة من بين جميع المصابين باضطراب ثنائي القطب، وهذه النسبة تزداد بثباتٍ وصولاً إلى الفترة المبكرة من مرحلة الشباب. بينما على العكس من هذا، فإن اضطراب المزاج المتقلّب المشوش هو أكثر شيوعاً من اضطراب ثنائي القطب في فترة ما

قبل المراهقة وتجنح أعراضه عادةً إلى الانخفاض في مرحلة الشباب. (رجل الكهف 2020: الباب السابع)

[57] **دالي** "بخجل": صحيح لقد تذكرت هذا الآن. أخبرني عن بدايته إذن.

**رجل الكهف:** إنّ اضطراب ثنائي القطب نادراً ما يبدأ قبل سن العاشرة أو بعد سنّ الأربعين. وإنّ متوسط العمر لبداية نوبات ثنائي القطب هو خمس وعشرون سنة. هذا لأنّه يبدأ بالنسبة للرجال مبكراً، بين الخامسة عشر والخامسة والعشرين. أمّا النساء فهنّ أكثر حظاً، حيث متوسط بداية النوبات هو بين الخامسة والعشرين والثلاثين سنة.

هذا بالنسبة لبدايته، أمّا بالنسبة لنهايته فيُمكنني القول إنّ متوسط عمر المصابين باضطراب ثنائي القطب أقلّ بعشر سنوات من أقرانهم، أقصد الناس المعافين في مجتمعهم.

[58] وبين البداية والنهاية، فإن المصاب باضطراب ثنائي القطب الأول أو الثاني يتغيّب عن عمله سنوياً بما مقداره خمسة وستون يوم عمل. ولكي تقدّرا فرقه عن الاكتئاب أحادي القطب الذي تكلّمنا عنه من قبل، سأخبركما أنّ المصابين بالاكتئاب الحاد يتغيبون عن أعمالهم بمعدل سبعةٍ وعشرين يوماً في السنة. (Barlow 2014: 276 وأنظر Adler 2006)

**لوسيل** "بدهشة": هذا أقلّ من النصف. وأنت تتكلم عن الاكتئاب الحاد وليس عن أي نوع آخر من الاكتئاب الأقل حدّة. لكن مهلاً، ماذا تعني بثنائي القطب الأول وثنائي القطب الثاني؟

# الباب الثاني

## رحلات بين القطبين

[59] **رجل الكهف:** عندما نتكلم عن ثنائي القطب فإنّ الأمور تصبح أكثر تعقيداً وإثارة للاهتمام.

**لوسيل:** سوف أركز معك جيدا.

**رجل الكهف:** اجلس يا داني فأنا سأشرح أمراً معقداً ويحتاج إلى الدقة في فهمه.

**داني:** كلّي آذانٌ صاغية.

**رجل الكهف:** نحن نتكلّم الآن عن اضطراب ثنائي القطب، وهو اضطراب مزاج. وبالتالي، فنحن نقصد بالقطبين قطبي المزاج. في القطب الأدنى لدينا الاكتئاب الحاد، حيث تنخفض الطاقة وتستحوذ الأفكار السلبية على الشخص، وتزداد الحاجة إلى النوم، ويسود التشاؤم، والقنوط، والشعور بالآلام، إلى ما هنالك. ولدينا القطب الأعلى الذي هو بعكس الاكتئاب تماماً، حيث يصبح لدى الشخص فيضٌ كبيرٌ من الطاقة، ويكون مفعماً بأفكار إيجابية، مفرط التفاؤل، وتنعدم لديه الحاجة إلى النوم، ولا يشعر بالتعب وهلمّ جرا. هذا ما

نسميه الهوس. والذي قد يصل، كما يمكنكما أن تتوقعا، إلى أن يترافق مع أعراضٍ ذهانية، فهو بالضبط على الحدود مع الاضطرابات الفصامية.

[60] وبالطبع بين قطب الهوس وقطب الاكتئاب يتدرّج المزاج حيث يكون المزاج الطبيعي في المنتصف. تخيّلا معي خريطة الكرة الأرضية. إنّ القطب الشمالي هو الهوس، والذي ينخفض تدريجياً حتّى يصل إلى ما نسمّيه تحت الهوس، دعونا نقل إنّها تبدأ من القارة الأوروبية على الخريطة، ثم يتابع المزاج انخفاضه حتّى يصل إلى المزاج الطبيعي عند خطّ الاستواء، لنقل في الصومال على سبيل المثال. عندها ينتهي النصف الأعلى للمزاج، النصف الهوسي، إن جاز لي التعبير.

ومن تلك النّقطة يبدأ المزاج الاكتئابي، والذي يزداد حدةً كلّما اتجهنا أكثر نحو القطب الجنوبي، حيث تمثّل القارة القطبية الجنوبية قعر الاكتئاب الحاد.

هكذا يمكنكما أن تتخيلا مستويات الاكتئاب المختلفة ومستويات الهوس المختلفة وكأننا نسافر بالطائرة بين القطب الشمالي والقطب الجنوبي مروراً بإفريقيا وأوروبا.

[61] داني "مقاطعا": هذا تشبيه جيّد ساعدني على تخيل الأمر، لكن كيف للمزاج الطبيعي أن يكون محدودا بخط الاستواء فحسب؟

**رجل الكهف:** ملاحظةٌ جيدة يا داني. بالطبع إنّ المزاج الطبيعي يحتوي على حزنٍ وفرح، خمولٍ وحيوية، تشاؤمٍ وأمل، حماسٍ وإحباط، لا شكّ أنّه من الطبيعي أن يتدرّج مزاج الشخص هكذا، لكن هناك حدودٌ طبيعية، إن تجاوزها الشخص دخل حالة اضطراب مزاج. لنقل إنّ مزاج الشخص، في قمة سعادته، عند حدوث حدثٍ أسعده كثيرا، على سبيل المثال زواجه، حصوله على عقد عملٍ مغرٍ، ربح ورقة يانصيب، أو أيّ شيء آخر، يمكنه أن يرتفع حتّى يبلغ الحدود المصرية السودانية. وإنّ أتعس مزاج قد يختبره الشخص،

في حالة وفاة عزيزٍ عليه، أو فاجعة حلّت به، فإنّه ينخفض إلى مدغشقر.

هذا يعني أنّ التنقلات المزاجية بين مصر ومدغشقر هي تنقلاتٌ مزاجيةٌ طبيعية، أمّا ما زاد عنها فهو مزاجٌ يفوق الطبيعي في شدته. لكن تذكرا أنّه من الممكن للشخص أن يختبر هذا المزاج غير الطبيعي في بعض الأحداث البيئية الشديدة، فمثلا من الممكن أن ينحدر مزاجه تحت الحدّ الأدنى للمزاج الطبيعي بسبب فاجعة أحلّت به، لكن مالم يستوفي شرط المدة وشرط معايير التشخيص لا يمكن تشخيصه بالاكتئاب أحادي القطب.

[62] **دالي:** فهمت الفكرة. تشبيه جيد.

**رجل الكهف:** بالنسبة إلى المصاب باضطراب الاكتئاب أحادي القطب، فإن مزاجه يتنقل في أيّ مكان من الحدود المصرية السودانية وصوْلاً إلى القارة القطبية الجنوبية، لكنه لا يرتفع عن هذا مطلقا. وإن حصل وارتفع المزاج فوق الحدود المصرية السودانية، فإنّ الشخص لم يعد يعاني من اضطراب اكتئابي احادي القطب، بل يصبح اضطرابه ثنائي القطب، وهذا لأنّه اخترق حدود المزاج الطبيعي متجهاً نحو القطب الآخر للمزاج.

[63] **لوسيل:** إنّ هذا معقول جدا.

**رجل الكهف:** لكنّنا، في الحقيقة، حال اختراقنا حدود القطب الأعلى للمزاج، نكون دخلنا عالم اللامعقول. حيث يبدأ مزيج القطبين بابتداع تشكيلة من الحالات المزاجية هي من التنوّع لدرجة أنّني مقتنع أنّه لا يوجد شخصان لديهما نفس حالة ثنائي القطب، حتّى وإن حصلا على تشخيصٍ بنفس نوع اضطراب ثنائي القطب.

[64] **لوسيل:** بارتباك، لم أفهم.

**رجل الكهف:** ركزي معي. إنّ طيف اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات

الصلة يحتوي على عدّة اضطرابات، أشهر هذه الاضطرابات، وأشدها، هما اضطراب ثنائي القطب الأول، واضطراب ثنائي القطب الثاني. يليهما اضطراب المزاج الدوري، ومن ثم باقي اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

باختصار، المصابون باضطراب ثنائي القطب الأول يعانون من نوبات الهوس، وهذا يعني أنّ مزاجهم قد يرتفع وصولًا إلى القطب الشمالي. بينما المصابون باضطراب ثنائي القطب الثاني يعانون من نوبات الاكتئاب الحاد ونوبات تحت الهوس، وهذا يعني أنّ مزاجهم يرتفع وصولاً إلى أوروبا، وينخفض ربما وصولا إلى القارة القطبية الجنوبية. أما اضطراب المزاج الدوري فهو عبارةٌ عن تبدلات دورية في المزاج تخترق الحدود الدنيا والحدود العليا للمزاج الطبيعي لكن ليس لدرجة أن تصل إلى أوروبا، هي تصل إلى البحر الأبيض المتوسط، وتنخفض إلى جنوب إفريقيا. وبالتالي، تغير المزاج الدوري هذا هو أشبه برحلة تقطع أفريقيا من شمالها إلى جنوبها وبالعكس جيئة وذهابا.

[65] **لوسيل:** لقد فهمت الآن، ولو ليس بشكل جيد، لكنّي فهمت الفكرة العامة. على أي حال، إذا كان اضطراب المزاج الدوري يتضمن تبدلات للمزاج بهذا الشكل المتواتر. فكيف هو الحال بالنسبة لشقيقيه الآخرين؟

**رجل الكهف:** كي أجيبك على هذا السؤال يجب أن أشرح لك معايير تشخيص هذه الاضطرابات. لكن كإجابةٍ مبدئية، إنّ التواتر الذي ذكرته هو مطلوب فقط في اضطراب المزاج الدوري، فهو من اسمه، دوري. بينما باقي اضطرابات ثنائي القطب فهي اضطرابات نوبات، أي يختبر الشخص نوبة، ومن ثم لا يختبر أيّ نوبةٍ لفترة من الزمن ومن ثمّ يخبر نوبة أخرى. ولا توجد أيّ قاعدةٍ لمدّة هذه الفترة من الزمن، فقد تكون شبه معدومة، وقد تكون بالسنوات. والحق

أنّ نوبة هوسٍ واحدة كافيةٌ لأن يشخص الشخص باضطراب ثنائي القطب الأول. وبعضهم لا تتكرر عنده هذه النوبات، وآخرون تأتيهم نوبةٌ كل عشر سنوات، وآخرون يعانون من عدّة نوبات في السنة.

[66] **داني** "بدهشة": ما هذه الاختلافات الصارخة؟ كيف هو حال من يعانون من عدة نوبات في السنة!

**رجل الكهف:** هنا تبدأ الأمور المتعلقة باضطراب ثنائي القطب بأن تصبح مثيرةً للاهتمام بحق.

**داني:** سأركز معك جيداً.

[67] **رجل الكهف:** ضمن نوبات ثنائي القطب العادية، والتي هي نوبة هوس، أو تحت الهوس، أو نوبة اكتئاب، أحياناً يعاني الشخص من أعراضٍ تأتيه من القطب الآخر للمزاج. وهذه تسمى نوبة مع *ملامح مختلطة Mixed Features*. ويضاف محدد مع *ملامح مختلطة* في حال عانى الشخص من ثلاثة أعراضٍ أو أكثر قادمةً من القطب المعاكس للنوبة التي هو فيها. (First 2010 وDSM-5 2013: 149-150) فيكون على سبيل المثال في نوبة هوس وتأتيه بعض الأعراض الاكتئابية. وبالمناسبة، إنّ النوبة ذات الملامح المختلطة تكون فيها احتمالية الانتحار أعلى من نوبة اكتئاب حاد، لأنّ الشخص قد يكون لديه طاقةٌ هوسية ممزوجةٌ مع مزاجٍ مكتئب.

[68] وإنّ نسبةً قد تصل إلى واحدٍ من كلّ خمسة أشخاص (13-20%) يعانون مما نسميه *دوران سريع Rapid Cycling* والذي يعني أنّ الشخص قد مرّ بأربع نوباتٍ منفصلة من الاكتئاب والهوس أو تحت الهوس خلال سنة واحدة. (Calabrese 1996)

ولدينا ما نسميه *الدوران السريع جداً Ultra Rapid Cycling* والذي يصف تبدل مزاج الشخص بين القطبين خلال أقل من ثمانٍ وأربعين ساعة.

(1992 Coryell)

وبالتالي، كما تلاحظان من هذا الاستعراض السريع، فإنّ مزيج الاحتمالات التي قد تشكّل حالة شخصٍ مصاب باضطراب ثنائي القطب هي من التنوع لدرجة تجعل من الصعب التكهّن بحالة شخص ما يقول لك "أنا مصاب باضطراب ثنائي القطب"، أو بحسب تعبيري الشخصي "أنا ثنائي القطب".

**لوسيل** "باهتمام": لا بد لك أن تبدأ بشرح اضطراب ثنائي القطب بالتفصيل، فلقد كانت المقدمة طويلة جداً وأنا لم أفهم بعد ماهي نوبة الهوس وماهي نوبة تحت الهوس، اللهم إلا أنهما عكس الاكتئاب.

**رجل الكهف:** معك حق، فلنجلس في الداخل وسأشرح لك كلّ شيءٍ بالتفصيل.

# الباب الثالث

## نوبة الهوس

## Manic Episode

[69] **رجل الكهف:** إنّ نوبة الهوس، يا لوسيل، هي فترةٌ مميّزة من التصرفات غير المعتادة والمزاج المرتفع أو سرعة الانفعال وزيادة الطاقة أو القيام بالأنشطة، ويجب أن تبقى هذه الحالة على الأقل لمدة اسبوع، مستمرةً معظم اليوم، تقريباً كلّ يوم. على أنّنا لسنا بحاجةٍ إلى شرط المدة في حال اضطّر الشخص إلى دخول المشفى بسبب النوبة.

خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو الانشطة، يجب أن تتوافر ثلاثةٌ من الأعراض التالية أو أكثر، أما في حال كان المزاج سريع الانفعال فقط، فنحن بحاجة إلى توافر أربعةٍ من الأعراض التالية. في كلّا الحالتين، يجب أن تكون الأعراض قويّة إلى درجة عالية، وتمثل تغيراً ملحوظاً عن سلوك الشخص الاعتيادي.

1- تضخم تقدير الذات أو الشعور بالعظمة. من الممكن أن تصل إلى الهلوسة أو الشعور أنه على اتصال مع كائنات غير بشرية، سماوية أو غير سماوية، قد يعتقد أنّه نبي، أو أنّه منقذ العالم، أو أن تشعر الأم أنّ ابنها

شخص استثنائي، كالمسيح مثلا.

2- انخفاض الحاجة إلى النوم. قد يبقى عدّة أيام من دون نوم، مع فرط النشاط. وعندما ينام، ينام بضع ساعات فقط.

3- سهل التشتّت. فمثلا، ينجرف بسهولة جدا وراء الانتباه إلى أمور تافهةٍ أو لا علاقة لها بالموضوع، تاركاً الموضوع الأساسي. لكنّ هذا العرض يجب أن يتم تقريره من قبل آخرين، ولا يكفي تقريره الشخصي.

4- تطاير للأفكار أو تسارع للأفكار كما يختبرها هو. إنّها تتسارع لدرجة أنّه لا يستطيع كتابتها او حتّى قولها. ولهذا السبب، فإنّك ترينه، يا لوسيل، يقفز من موضوع إلى آخر.

5- يتحدث أكثر من المعتاد وأسرع من المعتاد، ولا يستطيع التوقف عن الكلام أو أن تكون لديه رغبةٌ ملحّة للاستمرار في الكلام.

6- زيادةٌ في الأعمال الموجهة، سواءً اجتماعياً، أو في المدرسة، أو في العمل، أو جنسيا، أو تحريض نفسيٌّ حركي بحيث يقوم بأنشطة ذات غير هدف.

7- انخراطٌ زائدٌ بنشاطاتٍ تنضوي على مخاطرة عالية أو تبعات مؤلمة، كقيامه بصفقات تجاريّة غبية، أو علاقاتٍ جنسية طائشة، أو تبديد المال في شراء ما لا يحتاجه، وما لا يشتريه عادة.

إن اضطراب المزاج يجب أن يكون حاداً لدرجةٍ تؤثر سلبياً بشكل قوي على أداء الشخص الاجتماعي والوظيفي، أو أنّه تتطلب إدخاله المشفى كي لا يؤذي نفسه أو غيره. أو أن يكون لديه أعراضٌ ذهانية.

يجب، بالطبع، التأكد من أنّه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى التأثير النفسي لتعاطي مادّة ما كالمخدرات والأدوية أو علاج لمرض آخر. وأنه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى حالةٍ طبية أخرى.

هذه هي معايير تحديد نوبة الهوس.

**لوسيل** "بفرح طفولي": شكرا على التوضيح. والآن لننتقل إلى النوبة تحت

الهوسية.

# الباب الرابع

## نوبة تحت الهوس

## Hypomanic Episode

[70] رجل الكهف: إنّ نوبة تحت الهوس يا لوسيل هي فترةٌ مميزة من التصرّفات غير المعتادة والمزاج المرتفع أو سرعة الانفعال وزيادة الطاقة أو القيام بالأنشطة، على أن تبقى هذه الحالة على الأقل لمدّة أربع أيامٍ متواصلة، مستمرةً معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو الانشطة، يجب أن تتوافر ثلاثةٌ من الأعراض التالية على الأقل، أمّا في حال كان المزاج سريع الانفعال فقط، فنحن بحاجةٍ إلى توافر أربعةٍ من الأعراض التالية. في كلا الحالتين، يجب أن تكون الأعراض قويّة إلى درجةٍ عالية، وتمثّل تغيراً ملحوظا عن سلوك الشخص الاعتيادي.

1- تضخّم تقدير الذات أو الشعور بالعظمة. من الممكن أن تصل إلى الهلوسة أو الشعور أنّه على اتصالٍ مع كائناتٍ غير بشرية، سماوية أو غير سماوية، قد يعتقد أنّه نبي، أو أنه منقذ العالم، أو أن تشعر الأم أنّ ابنها شخص استثنائي، كالمسيح مثلا.

2- انخفاض الحاجة إلى النوم. قد يبقى عدّة أيامٍ من دون نوم، مع فرط النشاط. وعندما ينام، ينام بضع ساعات فقط.

3- سهل التشتت. فمثلا، ينجرف بسهولة جداً وراء الانتباه إلى أمور تافهة أو لا علاقة لها بالموضوع، تاركاً الموضوع الأساسي. لكن هذا العرض يجب أن يتم تقريره من قبل آخرين، ولا يكفي تقريره الشخصي.

4- تطايرٌ للأفكار أو تسارعٌ للأفكار كما يختبرها هو. إنّها تتسارع لدرجة انه لا يستطيع كتابتها أو حتّى قولها. ولذا فإنك ترينه يقفز من موضوع إلى آخر أثناء كلامه.

5- يتحدث أكثر من المعتاد وأسرع من المعتاد، ولا يستطيع التوقف عن الكلام، أو أن تكون لديه رغبةٌ ملحةٌ للاستمرار في الكلام.

6- زيادةٌ في الأعمال الموجهة، سواء اجتماعياً، أو في المدرسة، أو في العمل، أو جنسيا، أو تحريض نفسي حركي حيث يقوم بأنشطة ذات غير هدف.

7- انخراطٌ زائدٌ بنشاطاتٍ تنضوي على مخاطرة عالية أو تبعات مؤلمة، كقيامه بصفقاتٍ تجاريّة غبيّة، أو علاقاتٍ جنسيّة طائشة، أو تبديد المال في شراء ما لا يحتاجه، وما لا يشتريه عادة.

النوبة تتضمن تغيراً ملحوظاً في أداء الشخص عما يتصف به في حالته العادية.

يجب أن يكون اضطراب المزاج، وتغيير السلوك ملحوظين من قبل الآخرين.

علينا أيضاً التأكد من أنّه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى التأثير النفسي لتعاطي مادة ما كالمخدرات والأدوية أو علاج لمرض آخر. وأنّه لا يمكن أن تعزى النوبة إلى حالة طبية أخرى. (DSM-5-Update 2015: 3)

[7 دالي "مقاطعا": إذن الفرق بين نوبة الهوس ونوبة تحت الهوس هو المدة، فواحدة تحتاج أربعة أيام بينما الأخرى سبعة. باقي الأمور كلها متشابهة.

**رجل الكهف**: ذلك واحد من الفروق بين النوبتين، ولو لم تقاطعني لسمعتني أقول إنّ نوبة تحت الهوس يجب ألا تكون من الحدة لدرجةٍ معيقة عن الأداء الوظيفي والاجتماعي، ولا لدرجة أن تتسبّب بإدخال الشخص إلى المشفى. وهي لا تحتوي أعراضاً ذهانية.

أيّ نوبة احتوت أعراضاً ذهانية هي، بالتعريف، نوبة هوس.

هذه هي معايير تحديد نوبة تحت الهوس.

[72 دالي: اتضح الفرق الآن. إذن هما نفس الأعراض لكن يختلفان بالمدة والشدة.

**لوسيل**: إذن هلّا أخبرتنا عن معايير تشخيص اضطرابات ثنائي القطب المختلفة التي أشرت إليها قبل قليل؟

**رجل الكهف**: بكل سرور، لكن لا بدّ لنا من مراجعة أعراض القطب الثاني من ثنائي القطب، فمن منكما سيذكرنا بمعايير تشخيص النوبة الاكتئابية؟

# الباب الخامس

## عودة إلى نوبة الاكتئاب الحاد

## Major depressive episode (MDE)

[73] دالي "بحماس": أنا سأفعل. إنّ نوبة الاكتئاب الحاد هي عبارةٌ عن تزامن خمسة أو أكثر من أعراض الزملة الاكتئابية لمدة *أسبوعين على الأقل*.

من بين هذه الأعراض الخمسة، يجب توافر إمّا واحدٍ من هذين العرضين أو كليهما:

1- مزاجٌ مكتئبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتئب الذي يتجلى كشعورٍ بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.

2- نقصٌ ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

أما باقي الأعراض الأربعة فهي قد تكون أياً مما يلي:

- نقصانٌ ملحوظٌ في الوزن دونما اتباع حمية غذائية، أو زيادةٌ في الوزن دونما اتّباع نظامٍ غذائي من شأنه أن يفعل هذا. أو أن يكون هناك زيادةٌ أو

نقصانٌ في الشهية تقريباً كلّ يوم. وفي حالة الأطفال، فإنّ المعادل لهذا العرض هو ألا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

- أرقٌ أو فرطٌ في النوم تقريباً كل يوم.

- هياجٌ نفسيٌ حركي أو خمولٌ تقريباً كل يوم. ولا أعني هنا مجرد الشعور بالتباطؤ، أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

- التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

- مشاعرٌ من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملائم، والذي قد يكون وهماً، تقريباً كل يوم.

- نقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاكس الأفكار تقريباً كل يوم.

- أفكارٌ انتحارية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعليّة للانتحار، أو رسم خطةٍ محكمة للانتحار.

يجب أن تسبّب هذه الأعراض ضعفاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرهما من مجالات النشاط كي يتمّ اعتبارها نوبة اكتئاب حاد. كما يجب أن نكون متأكدين من أنّ النوبة ليست معزية إلى التأثيرات النفسية لتعاطي مادةٍ ما أو دواءٍ ما أو أنّها نتيجة لحالة طبية أخرى؛ فإن كانت كذلك، فهي ليست نوبة اكتئاب حاد.

**رجل الكهف:** جيد جداً، الآن يمكننا الحديث عن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، بعد أن أصبح في جعبتنا كلّ هذه المعلومات الأساسية.

**لوسيل "بعيون لامعة":** فلنبدأ الحديث عن اضطراب ثنائي القطب الأول إذن.

# الباب السادس

## اضطراب ثنائي القطب I

## Bipolar I Disorder

[74] **رجل الكهف:** إنّ تشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول يحتاج ببساطةٍ حصول نوبة هوسٍ واحدة لدى الشخص.

بالطبع أنا أعني أنّ معايير نوبة الهوس قد تمّ استيفاؤها، وأنّه لا يمكن تفسير الحالة بشكل أفضل كاضطراب فصامي، أو اضطراب الوهم، أو أيّ اضطراب ذهاني آخر.

[75] **لوسيل:** ألا يحتاج نوبة اكتئاب حاد أيضا؟

**رجل الكهف:** كلّا، نوبة هوسٍ واحدة كافية كي تعطي الشخص تشخيصاً باضطراب ثنائي القطب الأول. لكن معظم الذين عانوا من نوبة هوس سيعانون من نوبة اكتئاب. في الحقيقة، إنّ تسعة من كلّ عشرة أشخاص عانوا من نوبة هوس، قد عانوا أيضاً من نوبات تبدّلات المزاج. هذا وإنّ ستةً من كلّ عشرة أشخاص تحصل لديهم نوبات اكتئاب حادّ مباشرة بعد نوبة الهوس. على أنّ بعض الناس يقتصر لديهم اضطراب ثنائي القطب الأول على

نوبة هوسٍ واحدة في حيواتهم، أو نوبة هوسٍ كلّ عشر سنوات مثلاً، ويكونون خالين تماماً من أي أعراضٍ فيما بين هذه النوبات.

[76] دلتي: ما الذي من الممكن أن يفعله الشخص في نوبة الهوس؟

رجل الكهف: الكثير من الأمور، وهي تختلف من شخصٍ إلى آخر. على سبيل المثال، قد ينخرط في مشاريع عديدة، متضاربةٍ مع بعضها، وهي خارج مجال اختصاصه، ولديه معرفةٌ ضئيلةٌ بذلك المجال. في الحقيقة، بالنسبة له، لا يوجد شيءٌ يفوق متناول يده. وثقته وتفاؤله لا حدود لهما.

نشاطه المفرط يجعله يعمل عدد ساعاتٍ كبير في اليوم، وقد يبقى لعدّة أيام بدون نوم، دون أن يشعر بالتعب.

[77] يتكلّم بسرعة، بصوتٍ عالٍ، ويتنقل بين عدة مواضيع، وتصعب مقاطعته. تذكرا أفكاره المتسارعة التي هي أسرع من أن يقولها، لذا تجده يتبدّل بين عدة مواضيع. بل إنّ أفكاره قد تتسارع وتزدحم في رأسه لدرجة أنّه لا يستطيع قولها. وبالتالي، من الصعب أحياناً على الشخص أثناء نوبة الهوس أن يخوض محادثات جادة.

تزداد الرغبة الجنسية أثناء نوبة الهوس، وبسبب ما أصفه لكما، فإنّ الشخص قد يقوم بسلوكيات جنسية أو ينخرط في ممارسات جنسية متهورة، أو تنافي ما يقوم به عادةً. كما أنه قد يقوم بالمقامرة، أو السّهر في النوادي الليلة، وغيرها من أنشطة لا يقوم بها خارج نوبات الهوس.

إنّ البعض يصبح لديهم سلوكٌ معادٍ للمجتمع ضمن نوبات الهوس. وأحيانا قد يصبحون عنيفين جسديّا، بحيث يشكّلون خطراً على غيرهم، وإن كانوا في حالة من الوهم، فقد يقومون فعلاً بالاعتداءات، أو حتّى، الإقدام على الانتحار.

[78] لوسيل "بدهشة": لماذا؟

**رجل الكهف:** في حالة الأوهام، قد يتوهّم أنّ أحدا يأمره أن يقتل شخصاً ما، ربّما يكون أحد أصدقاءه، أو أحد المارة في الشارع. قد يتوهّم أنّ إلهه يأمره بفعل كذا أو كذا. من الممكن أن يتوهم أن أحد أقربائه المتوفيين يناديه ويطلب منه أن يلتحق به، فيقتل نفسه ببساطة.

[79] **لوسيل:** هذا فظيع.

**رجل الكهف:** هوني عليك، أنا أخبركم بحالاتٍ شديدة كي تتخيّلا ما يمكن أن يصل له الأمر. وإنّ ما أصفه لكما هو بالفعل حالات حصلت، وتحصل كثيرا. لكن ليست كلّ نوبات الهوس هي هكذا. قلت لكما أن ثلاثةً من الأعراض السبعة هي ما يحدّد نوبة الهوس، فقد يكون لدى الشخص الأعراض الثلاثة الأقل خطورة فيها. لكن بكلّ تأكيد، الأعراض في نوبة الهوس، يجب أن تكون قوية. فحتّى لو وضعنا الحالات الخطيرة جانبا، فإنّي لازلت لا أتكلم مثلا عن شخصٍ يعمل ستة عشر ساعة في اليوم بدون تعب. بل أتكلّم عن شخصٍ يعمل لمدة ثلاثة أيام على مدار الساعة دون تعب. أنا لا أتكلم عن شخصٍ يشعر برغبة قويّة لممارسة الجنس، أنا أتكلم عن شخص لا تتوقف لديه هذه الرغبة حتّى عند ممارسة الجنس مع أنّ هذا ليس وضعه الطبيعي. وهكذا دواليك.

[80] **لوسيل:** فهمت الفكرة. وماذا عن الأطفال؟

**رجل الكهف:** لقد قلت لك أن أحد أسباب ابتداع اضطراب المزاج المتقلب المشوش وإدراجه في (DSM-5 2013) هو أن يحلّ محل تشخيص اضطراب ثنائي القطب لدى الأطفال. (رجل الكهف 2020: الباب السابع) ومع هذا، لو كان طفلٌ ما سيء الحظ، وكان من تلك الندرة التي تختبر نوبة هوس، فهو قد يعتقد أنه أذكى الطلاب في صفه، أو في المدرسة، وأفضل لاعبٍ رياضة في الفريق، ونحو هذا من أمور. لكن تكمن الخطورة، على سبيل المثال، فيما لو

توهّم أن لديه طاقة خارقة مثل أبطال الرسوم المتحركة، فألقى بنفسه من مكانٍ مرتفع معتقداً أنه سوبرمان أو باتمان.

وبالمناسبة، إنّ تشخيص الأطفال صعب جداً، فبما أن كل طفل يختلف عن الآخر في نموه فإن من الصعب وضع معيارٍ موحد أو حتّى المقارنة بينهم. لذا، فإن حالة كل طفل يجب أن يتم معايرتها بناءً على وضعه الطبيعي هو، وليس بالمقارنة مع أي أحد آخر.

[81] **دلي**: وماهي نسبة الذكور إلى الإناث المصابين باضطراب ثنائي القطب الأول؟

**رجل الكهف**: يبدو أن النسبة متساوية بين الجنسين، على أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للنوبات المختلطة، وللدوران السريع، ولأن يختبروا أعراضاً اكتئابية. بالإضافة إلى أنّه يزيد لديهن احتمال الإصابة باضطراب الأكل واضطراب تعاطي الكحول أكثر من الذكور أيضا.

[82] **لوسيل**: أنا حزينةٌ لأن هذا الاضطراب متحيز ضد الاناث.

**رجل الكهف**: كلا، ليس الأمر كذلك. لنقل إن الإناث يجنحن نحو الأعراض الاكتئابية، بينما الذكور يجنحن نحو الأعراض الهوسية أو الفصامية. لهذا السبب، بالنسبة لمرضى اضطراب ثنائي القطب الأول، فالإناث هن أكثر عرضةً لأن يتم تشخيصهن خطأً باضطراب الاكتئاب الحاد، بينما الذكور هم أكثر عرضةً لأن يتم تشخيصهم خطأً بالفصام. أما الأطفال والمراهقون، بالمناسبة، فهم عرضةٌ لأن يتم تشخيصهم خطأً باضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه.

[83] **لوسيل**: فهمت فكرتك. إذن النسبة متساوية لكن يختلف، إحصائياً، تطوير الأعراض.

**رجل الكهف**: نعم، هذا صحيح.

**لوسيل** "بابتسامة": شكراً لك.

# الباب السابع

## اضطراب ثنائي القطب II

## Bipolar II Disorder

[84] **رجل الكهف:** لقد سبق وقلت لكما أنّ اضطراب ثنائي القطب هو أخطر اضطرابٍ نفسي على حياة صاحبه بشكل مباشر لأنّه مسؤول لوحده عن ربع حالات الانتحار في العالم.

**دالي:** صحيح، لقد قلت ذلك.

**رجل الكهف:** حسناً، إنّ اضطراب ثنائي القطب الثاني هو المسؤول عن أكبر عدد حالات انتحارٍ ضمن طيف اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. مما يجعله أكثر اضطرابٍ نفسي مسؤولٍ عن حالات الانتحار في العالم، بل كي أكون أكثر دقة، هو أكثر مسببٍ للانتحار في العالم.

[85] **لوسيل** "بذعر": أكثر مسببٍ للانتحار في العالم!

**رجل الكهف:** نعم، من ضمن عائلة اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، إنّ ذوي اضطراب ثنائي القطب الثاني لديهم أكثر معدل

محاولات انتحار (36.3%)، يليهم أقرانهم ذوي اضطراب ثنائي القطب الأول (32.4%). ومع أنّ الفرق بين نسـبتي محاولات الانتحار ليس كبيرا جدا، إلا أنّه غالباً ما تكون محاولات المصـابين باضـطراب ثنائي القطب الثاني أكثر جدية، وينفذونها بنجاحٍ أكبر من أقرانهم ذوي اضطراب ثنائي القطب الأول.

[86] **دالي:** لقد توقّعت أنه أخفّ خطورة من اضطراب ثنائي القطب الأول.

**رجل الكهف:** هذا فخ يقع فيه كثيرون. فليس من النادر أن يتحدث أحدهم عن ثنائي القطب من المستوى الأول أو ثنائي القطب من الدرجة الثانية، ونحو هذا. فهم يعتقدون أنّ الأمر فيه تراتبية هرمية، أقواها هو الأول، ويليه الثاني. لكن الأمر ليس هكذا على الاطلاق.

[87] **دالي:** كيف هو الأمر إذن؟

**رجل الكهف:** إنهما، اضطرابان في المزاج مختلفان.

**دالي "مقاطعا":** كيف تقول مختلفان؟ ألم نجد قبل قليلٍ أنّ نوبة تحت الهوس تحتوي نفس أعراض نوبة الهوس إلا أنّها أقلّ حدّةً منها وتتطلب عدد أيامٍ أقل؟

**رجل الكهف:** لكنني لم أقل إنّ نوبة تحت الهوس هي اضطراب ثنائي القطب الثاني.

**دالي:** صحيح، أنت لم تقل هذا. لقد افترضت أنا أن الأمر مثل اضطراب ثنائي القطب الأول.

**رجل الكهف:** لقد قلت لكما معيار التشخيص مسبقا، لكن يبدو أن ذهنك مشتت.

[88] **دالي "بخجل":** ربما.

**رجل الكهف:** صحيحٌ أنّ نوبة هوس واحدة كافية كي يحصل الشخص على تشخيصٍ باضطراب ثنائي القطب الأول، إلا أنّ اضطراب ثنائي القطب الثاني يحتاج نوبةً تحت هوس واحدة بالإضافة إلى نوبة اكتئابٍ حادٍّ واحدة. هل لاحظت الفرق؟

[89] **داني:** نعم واضح.

**رجل الكهف:** لكن، مع ذلك، علينا التأكّد من أنّ الشخص لم يختبر ولا نوبة هوس. لأنّه لو اختبر نوبة هوس واحدة في حياته فإن لديه، بالتعريف، اضطراب ثنائي القطب الأول، بغضّ النظر عن أيّ شيءٍ آخر.

[90] **لوسيل:** وماذا لو حصل الشخص على تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني، وفي وقتٍ ما لاحق، أصابته نوبة هوس؟

**رجل الكهف:** في أي لحظة يختبر الشخص فيها نوبة هوس، يصبح تشخيصه ثنائي القطب الأول، ويتم إلغاء تشخيص ثنائي القطب الثاني. إنه لا يحمل كلا التشخيصين.

[91] **لوسيل:** فهمتك. هذه إذن هي معايير تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني.

**رجل الكهف:** نعم. نوبة تحت هوسية مع نوبة اكتئابية مع عدم وجود نوبة هوسية. وبالطبع يجب التأكّد أن النوبة التحت هوسية والنوبة الاكتئابية لا يمكن تفسيرهما بشكل أفضل في سياق أيّ اضطراب فصامي وذهاني. وبالتأكيد، يجب أن تسبّب النوبة الاكتئابية أو التناوب بين النوبات الاكتئابية والتحت هوسية، عجزاً سريرياً واضحاً أو تدهوراً في الأداء المدرسي، أو الوظيفي، أو غيرها.

[92] **داني:** شكرا على التلخيص الموجز.

**رجل الكهف:** أريد أن أعيد التأكيد على أنّ اضطراب ثنائي القطب الثاني ليس

نسخةٌ مخففةٌ من اضطراب ثنائي القطب الأول. في الواقع، إنّ المصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني معاناتهم المزمنة أكبر بكثير من المصابين باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول. فهم بالمتوسط يعيشون نوبات اكتئابٍ أطول وأكثر حدّة وأكثر تسبباً في العجز وفوق ذلك، فإنّها تكون أكثر تكراراً من تلك التي يختبرها المصابون باضطراب ثنائي القطب الأول. وبما أنّ القطب الاكتئابي هو جزءٌ أساسي من اضطراب ثنائي القطب الثاني، فإنّ المصابين به تكون لديهم نوبات مع ملامح مختلطة أكثر من زملائهم ذوي اضطراب ثنائي القطب الأول. وبالمناسبة، هذه الملامح المختلطة تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور، على الخصوص النوبات التحت هوسية مع الملامح المختلطة.

[93] **لوسيل:** يبدو هذا منطقياً، لأنّنا قد قلنا سابقاً أن الإناث يجنح الهوس لديهن إلى الأعراض الاكتئابية. لكن كيف يكون هذا الشعور؟

**رجل الكهف:** في الحقيقة بحسب شدّة وطبيعة النوبة التحت هوسية، وشدة ونوعية الأعراض الاكتئابية التي تسللت إلى القسم الأعلى من المزاج. لكن ليس من النادر ألا يعرف الشخص في هذه الحالة أنّه في حالةٍ تحت هوسية، بل يعتقد أنّه في نوبةٍ اكتئابية مع هياجٍ أو نشاطٍ زائد.

[94] **دالي:** بما أنّك تتكلم عن الفرق بين الاضطرابين، هل هناك نسبةٌ كبيرةٌ من المصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني تحصل لهم نوبة هوس ويصبح تشخيصهم ثنائي القطب الأول؟

**رجل الكهف:** كلا ليس كثيرا. تقريباً واحد من كلّ عشرة مصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني يختبر نوبة هوس ويتحوّل تشخيصه إلى اضطرابٍ ثنائي القطب الأول (05%-15%).

[95] **لوسيل:** كيف يتم التفرقة بين نوبات الهوس وتحت الهوس من حيث الأعراض؟

**رجل الكهف:** الأمر يعتمد على حدّة الأعراض كما شرحت لكما. وبالنسبة للأخصائيين، الفرق سهلٌ وواضح في معظم تدرّجات شدة الأعراض، فكلما زادت شدّتها كلما تأكدنا أنّها هوس، وكلما انخفضت شدتها كلما تأكّدنا أنها تحت الهوس. لكن تبقى تلك المنطقة الفاصلة بينهما والتي تلعب فيها الخبرة الطبية دوراً كبيراً، كما والسجّل الطبي، فمثلاً، في حال كان الشخص قد عانى بشكل متكررٍ من نوبات اكتئابٍ حادٍّ طويلة، فهذا قد يدفع إلى تشخيصه بنوبةٍ تحت هوسية، بما أنّ المعاناة من الاكتئاب هي عرضٌ أساسي لثنائي القطب الثاني وليس الأول.

[96] **دالي:** وهل يترافق اضطراب ثنائي القطب الثاني مع اضطرابات أخرى أم أن الأمر حسب مرضاه وما ألمّ بهم من معاناة بسببه؟

**رجل الكهف:** كيف لا، إنّ هذا الاضطراب كريمٌ جداً مع ضحاياه. فحوالي ستة من عشرة مصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني يعانون من ثلاث إضراباتٍ أخرى مرافقة أو أكثر. ثلاثةٌ من كل أربعة يعانون من اضطراب قلق، والذي غالبا ما يسبق ظهور اضطراب ثنائي القطب الثاني. وواحدٌ من كل ثلاثة يعاني من اضطراب تعاطي المواد. وواحدٌ من كل سبعة يعاني من اضطراب أكل.

إنّ اضطرابات الأكل والقلق تجنح على الأغلب لأن ترافق الأعراض الاكتئابية، بينما اضطرابات تعاطي المواد فإنها، بشكل معتدل، ترافق الأعراض الهوسية.

[97] **لوسيل:** هل نسبة الذكور إلى الإناث المصابين باضطراب ثنائي القطب الثاني هي متساوية كما كان الحال مع اضطراب ثنائي القطب الأول؟

**رجل الكهف:** في الحقيقة، مع أني قلت لكما أن النسبة متساوية بين الجنسين من المصابين باضطراب ثنائي القطب الأول، إلا أن بعض الدراسات، وليس جميعها، قد وجدت زيادة في نسبة الإناث عن الذكور، لكن ربما يكون سبب

هذه الزيادة هو أن الإناث يطلبن العلاج أكثر من الذكور.

لوسيل "بنظرة يأس": آمل أن يكون كذلك.

# الباب الثامن

## اضطراب المزاج الدوري

## Cyclothymic Disorder

[98] **رجل الكهف:** حان الآن الوقت كي أخبركما عن الاضطراب الثالث ضمن عائلة اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. هذا الاضطراب يسمى اضطراب المزاج الدوري. وهو أيضاً ليس نوعاً مخففاً من الاضطرابين السابقين، بل هو يختلف عنها في نقطة جوهرية، وهي أنّه دوري. أي أنّه متواتر دائما. ففي حين كانت نوبة هوسٍ واحدة في العمر كافية لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول، وكانت نوبة تحت هوس مع نوبة اكتئاب حادّ كافيةً لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني، فإن التواتر الدّائم للنوبات مطلوبٌ في اضطراب المزاج الدوري.

**داني "باهتمام":** لقد أثرت فضولي في موضوع التواتر هذا. هلّا شرحت لنا معايير تشخيص هذا الاضطراب؟

[99] **رجل الكهف:** لك ذلك:

**أولاً،** يجب أن يكون هناك لمدّة سنتين (سنة واحدة للأطفال والمراهقين)

العديد من النوبات التي فيها أعراضٌ تحت هوسية، لكن لا تنطبق عليها معايير النوبة التحت هوسية، كما والعديد من النوبات ذات الأعراض الاكتئابية، والتي لا تنطبق عليها معايير نوبة الاكتئاب الحاد.

**ثانياً**، هذه الفترات التحت هوسية والاكتئابية كانت موجودةً على الأقل لنصف مدة السنتين (سنة واحدة للأطفال والمراهقين)، والفرد لم يكن خالياً منها لمدة تزيد على شهرين متواصلين.

**ثالثاً**: لم يتمّ مطابقة معايير نوبة الهوس، أو النوبة التحت هوسية، أو نوبة الاكتئاب الحاد.

**رابعاً**: لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل كأحد الاضطرابات الفصامية أو الذهانية.

**خامساً**: لا تُعزى الأعراض للآثار النفسية لبعض المواد كالمخدرات والأدوية، ولا إلى حالة طبيّة أخرى كفرط نشاط الغدة الدرقية.

10] **لوسيل**: لكن لا يبدو عليه أنه خطير.

**رجل الكهف**: بالفعل، هو لا يشكّل خطرا على حياة صاحبه أو على الآخرين كحال الاضطرابين السابقين. لكن هذه التغيرات المزاجية، بلا شكّ، تؤثر سلباً على حياة الشخص، حتّى يتمّ اعتبارها اضطرابا بحاجة إلى العلاج.

10] **دالي**: بالطبع، لقد سبق وشرحت لنا هذا. (الباب الأول) ماذا عن نسبة الإصابة به بين الجنسين؟

**رجل الكهف**: يبدو أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب متساوية بين الجنسين، على أن الإناث يطلبن العلاج من هذا الاضطراب أكثر من الذكور.

10] **دالي**: وهل من رابطٍ جيني لهذا الاضطراب؟

**رجل الكهف**: لقد قلت لكما أنّ اضطراب ثنائي القطب هو اضطرابٌ جيني

بامتياز، وبالتالي فإنّ اضطراب المزاج الدوري ليس باستثناء. في الحقيقة، يزداد شيوع اضطراب المزاج الدوري بين أقارب الدّرجة الأولى للأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب الأول.

وعلى الهامش، قد يعاني المصابون باضطراب المزاج الدوري من اضطرابات تعاطي المواد واضطرابات النوم.

[103]**لوسيل:** بالنسبة لشرط المدّة، قلت إنّه لا يجب أن يخلو من الأعراض لمدّة تزيد عن شهرين متواصلين. ماذا يفعل لو حصل هذا ثم عاودت الأعراض الظهور؟

**رجل الكهف:** هذان الشهران يمحوان ما قبلهما. لذا، فإنّه يبدأ بحساب سنتين جديدتين من اللحظة التي بدأت فيها الأعراض الجديدة بالظهور.

[104]**لوسيل:** وماذا لو حصلت مع الشخص نوبة اكتئاب حادّ أو نوبةٌ تحت هوسية أو نوبةٌ هوسية؟

**رجل الكهف:** باختصارٍ شديد، إذا أصابته نوبة اكتئابٍ حاد أصبح تشخيصه اضطراب ثنائي القطب الثاني، وإذا أصابته نوبة هوسٍ أصبح تشخيصه اضطراب ثنائي القطب الأول، وفي الحالتين يُلغى تشخيص اضطراب المزاج الدوري حتّى ولو بقي يعاني من النوبات بشكل دوري.

**لوسيل:** هذا واضح. شكرا لك. هل بقيت اضطرابات أخرى لثنائي القطب؟

# الباب التاسع

## اضطراب ثنائي القطب الناجم عن مادة أو دواء والاضطرابات ذات الصلة

## Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder

[105]**رجل الكهف:** إن اضطراب ثنائي القطب الأول واضطراب ثنائي القطب الثاني واضطراب المزاج الدوري هي الاضطرابات الثلاثة الرئيسية والأكثر شيوعاً لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. على أنّ هناك اضطرابات أخرى أقلّ شهرةً، تنتمي إلى عائلة اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

**دالي** "بحماس": أخبرنا بها إذن.

[106]**رجل الكهف:** سأبدأ باضطراب ثنائي القطب الناجم عن مادةٍ أو دواء والاضطرابات ذات الصّلة. إنه اسمٌ طويلٌ ليصف حالة هي:

**أولاً** اضطرابٌ بارزٌ ومستمرٌ في المزاج يهيمن على الصورة السريرية، والذي يمكن توصيفه على أنّه مزاجٌ مستثارٌ أو عالٍ سواء مع أو بدون مزاجٍ مكتئب، أو انخفاضٌ ملحوظٌ بالاهتمام أو الاستمتاع بكلّ، أو تقريباً كلّ، الأنشطة.

**ثانياً**، توجد أدلّة تاريخية، أو من الفحص السريري، أو التحاليل المخبرية على كلا الأمرين التاليين:

1- إنّ الأعراض السابقة الذكر قد تطوّرت خلال، أو مباشرة عقب التسمّم بمادةٍ أو بعد انتهاء مدة الانسحاب أو بعد التعرض لدواء ما.

2- أن تكون المادّة أو الدواء قادران على إظهار الأعراض المذكورة في *أولا*

**ثالثاً**، لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل على أنّها اضطراب ثنائي قطب أو أحد الاضطرابات ذات الصّلة والذي هو ليس ناجمٌ عن مادةٍ أو دواء. من هذه الأدلة على سبيل المثال:

1- أن تكون بداية الأعراض قد حصلت قبل استخدام المادّة أو الدواء.

2- أن تستمر الأعراض لفترةٍ طويلةٍ من الزمن، لنقل شهراً على سبيل المثال، بعد انتهاء مدة الانسحاب أو التسمم الشديد.

3- وجود أدلّة أخرى تفترض وجود اضطراب ثنائي قطب غير ناجمٍ عن مادّة أو دواء، مثل وجود نوبات سابقة متكررة غير مرتبطة بتعاطي مادة أو دواء.

**رابعاً**، لا يحصل الاضطراب بشكل حصري خلال حالات هذيان.

**خامساً**، يشكل الاضطراب محنة سريرية واضحة أو عجزاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من مجالات النشاط الهامة.

**دالي** "بسرور": شكراً لك. أخبرنا بمعايير تشخيص اضطراب آخر.

# الباب العاشر

## اضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذات الصلة

## Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition

[107]**رجل الكهف:** لدينا هذا الاضطراب الذي هو واضحٌ من اسمه، *اضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذات الصلة*، والذي معايير تشخيصه هي على النحو الآتي:

- فترةٌ بارزةٌ ومستمرةٌ من المزاج العالي أو المهتاج على نحو غير طبيعي، مع زيادة غير طبيعية في النشاط، أو الطاقة، والتي تسيطر على الصورة السريرية.
- هناك أدلّة تاريخية، أو من الفحص العيادي، أو من النتائج المخبرية، أنّ هذا الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- لا يمكن تفسير هذا الاضطراب بشكلٍ أفضل بواسطة أي اضطراب نفسي آخر.
- لا يحصل الاضطراب بشكلٍ حصري خلال نوبات الهذيان.
- يشكل الاضطراب محنةً سريريةً واضحة أو عجزاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من مجالات النشاط الهامة، أو أن يضطر إلى إدخال

صاحبه المشفى منعاً من إيذاء نفسه أو غيره، أو وجود أعراضٍ ذهانية.

دالي "بابتسامة رضى": هذا مفهوم.

# الباب الحادي عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

## Other Specified Bipolar and Related Disorder

[108]**لوسيل:** أريد أن أسألك، في حال كان لدى الشخص أعراض اضطراب ثنائي القطب، تسبّب له محنةً سريرية وعجزاً وظيفياً اجتماعيا وفي العمل وغيرها من أنشطة الحياة الهامة، بيدَ أنّها لا تطابق المعايير الكاملة لتشخيص أي واحدٍ من اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، فهل يعقل أن يبقى دون أي تشخيص؟

**رجل الكهف:** في الواقع إذا قرّر الطبيب أنّ الحالة هي كما تصفينها، وأنّه يحقّ له الحصول على تشخيص اضطراب ثنائي القطب، فإنّ بإمكانه اعطاءه تشخيصاً هو *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى.* ومن ثم يتبعه بالسبب المحدّد، على سبيل المثال: *فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري.*

[109]**دالي:** هل لك أن تعطينا أمثلةً ينطبق عليها تشخيص الحالات المحددة الأخرى؟

**رجل الكهف:** بالطبع. شخصٌ لديه تاريخ مع نوبات اكتئابية، ولم يختبر أي

دافيد رجل الكهف

نوبةٍ هوسية أو نوبة تحت هوسية، على أنّه قد مرّ بنوبتين يطابقان تماما معايير تشخيص نوبة تحت الهوس، بيد أنّ الأعراض لم تستمر لأربعة أيام، وإنّما ليومين أو ثلاثة. وهاتان النوبتان لم تكونا مترافقتين مع نوبة اكتئاب حاد، وبالتالي لا يطابقان تشخيص *نوبة اكتئاب حاد مع ملامح مختلطة*. وعليه فإنّه في مثل هذه الحالة الشخص قريبٌ جداً من تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني، لكنه لم يحقّق شرط المدة. وبالتالي فإنه يُعطى تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى* ويتم وضع المحدّد الذي بسببه حصل على هذا التشخيص وهو *نوبة تحت هوسية قصيرة (يومين أو ثلاثة أيام) مع نوبات اكتئاب حاد*.

ولو اختبر الشخص نوبات اكتئاب حاد، ولم يختبر أي نوبة هوس أو تحت هوس، لكنه اختبر نوبة، أو نوبات، تحت هوسية لكنها لا تطابق معايير النوبة التحت هوسية بشكل كامل، ولم تترافق مع نوبة اكتئاب حاد، وبالتالي لا يطابق تشخيص *نوبة اكتئاب حاد مع ملامح مختلطة*. وعليه فإنه في مثل هذه الحالة الشخص قريب جداً من تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني، لكنّه لم يحقق الشروط اللازمة للتشخيص به. وبالتالي فإنّه يُعطى تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى* ويتم وضع المحدّد الذي بسببه حصل على هذا التشخيص وهو *نوبة تحت الهوس مع أعراض غير كافية مع نوبات اكتئاب حاد*.

لنفرض أن لدينا شخصاً عاش نوبة تحت هوسية أو أكثر من نوبة تحت هوسية. لكنّه لم تحصل معه أي نوبةٍ تطابق معايير نوبة الهوس، ولا أيّ نوبة تطابق معايير نوبة الاكتئاب الحاد. لاحظا أنّ هذا الشخص عالقٌ الآن، فلا هو قادر على الحصول على تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني، لأنه، تنقصه نوبة اكتئاب حاد، ولا هو قادر على الحصول على اضطراب ثنائي القطب الأول، لأن النوبة أو النوبات التي اختبرها هي تحت الهوس، وليست هوس. وبالتالي

يُعطى تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى* ويتم وضع المحدد الذي بسببه حصل على هذا التشخيص وهو *نوبة تحت الهوس من دون نوبات اكتئاب حاد سابقة.*

[110]**الوسيل:** وبالتالي إذا حصلت معه نوبة اكتئاب حاد مستقبلاً، أو نوبة هوس، عندها يحصل على التشخيص بأحد اضطرابين، ثنائي القطب الأول، أو ثنائي القطب الثاني، ويُزال عنه هذا التشخيص الغريب.

**رجل الكهف:** هذا صحيح.

[111]**دلي:** هذه ثلاثة أمثلةٍ رائعة، لكنها كلّها عن نوباتٍ تحت الهوس. ألك أن تعطينا مثالاً مختلفا؟ لقد أشرت قبل قليل إلى *فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري*، ما هو هذا المحدد؟

**رجل الكهف:** شخصٌ لديه عدّة نوبات ذات أعراض تحت هوسية لكنّها لا تطابق معايير النوبة التحت هوسية، وعدّة نوبات ذات أعراضٍ اكتئابية لكنّها لا تطابق معايير نوبة الاكتئاب الحاد ولقد استمرّت لمدّة تقلّ عن السنتين (أو السنة الواحدة في حالة الأطفال والمراهقين) وهي المدّة اللازمة لتشخيص اضطراب المزاج الدوري. وهذه النوبات مستمرّة خلال هذه المدّة لأيامٍ أكثر من الأيام التي تغيب فيها، وهي تسبّب لهذا الشخص عجزا وظيفيا ومحنة سريرية. إنّه لم يخلُ من الأعراض لمدة شهرين كاملين، ولم يحصل معه أبداً أن طابقت أعراضه معايير نوبة الاكتئاب الحاد، ولا نوبة تحت الهوس، ولا نوبة الهوس. وبالتالي، فإن تشخيصه يجب أن يكون اضطراب المزاج الدوري، لكنّه فقط لم يكمل المدة المطلوبة للتشخيص. في هذه الحالة، هذا الشخص يُعطى تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى* ويتم وضع المحدد الذي بسببه حصل على هذا التشخيص وهو *فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري.*

# الباب الثاني عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

## Unspecified Bipolar and Related Disorder

[112]**داني:** لقد اتضحت الصورة تماما. على أني أفكر الآن، هل يمكن للطبيب أن يعطى تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى* دون أن يضع المحدد الذي بسببه حصل الشخص على هذا التشخيص؟

**رجل الكهف:** بالطبع يمكنه فعل هذا، ففي بعض الحالات التي قد لا يكون فيها السبب واضحاً، أو أن الطبيب قد قرّر، لسبب ما، عدم وضع المحدد، بسبب عدم توافر معلوماتٍ كافية، أو عدم وجود وقتٍ كافٍ لجمع وتحليل المعلومات، مثلا في غرف الطوارئ، عندها قد يختار الطبيب إعطاء تشخيص *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة*.

**داني:** شكراً على التوضيح.

# الباب الثالث عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع انزعاج قلقي

## Bipolar and Related Disorder with Anxious Distress

[113]الوسيل: قلت لنا من قبل أنّ أكثر اضطرابٍ يترافق مع نوبات ثنائي القطب هو اضطراب القلق. وعندما كنا نتحدث عن الاكتئاب، أخبرتنا أنّ الانزعاج القلقي هو سمةٌ بارزة في الاكتئاب ثنائي القطب أيضاً كما هو عليه في الاكتئاب أحادي القطب. فهلا أخبرتنا عن هذا المحدّد في سياق اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، كما فعلت في الاضطرابات الاكتئابية من قبل؟ (رجل الكهف 2020: الباب الثامن عشر)

**رجل الكهف:** بالطبع. يجب تحديد وجود انزعاجٍ قلقي عند إعطاء تشخيص باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في حال وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال معظم أيّام نوبة الهوس، أو تحت الهوس، أو الاكتئاب الحالية أو التي تسبقها.

هذه الأعراض هي اثنين مما يلي:

- الشعور بالتقييد أو الشعور بالتوتر.
- الشعور بعدم القدرة على الجلوس بارتياح على نحوٍ غير عادي.

- صعوبة بالتركيز بسبب القلق.
- الخوف من أن شيئا مريعاً قد يحدث.
- شعور الشخص أنه قد يفقد السيطرة على نفسه.
- كما أنه يجب تحديد الشدّة أو الحدّة كما يلي:
- تكون الشدّة خفيفةً في حالة وجود اثنين من الأعراض.
- تكون الشدّة متوسطةً في حالة وجود ثلاثة أعراض.
- تكون الشدّة متوسطةً إلى حادّة في حالة وجود أربعة أعراض الأعراض الخمسة كلها.
- تكون الشدة حادّة في حالة وجود أربعة أعراض من الأعراض الخمسة كلها مع هياج حركي.

[114]دالي: ماهي أهمية تحديد وجود هذه المحددات؟

رجل الكهف: لها أهمية كبيرة في حالة وجود هذه الأعراض. فلك أن تعرف أنّ المستويات العالية من القلق المترافق مع اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة تتضمن خطورة انتحارٍ أعلى، ومدّةً زمنية أطول للمرض، واحتماليةً أعلى لعدم الاستجابة للعلاج. وبالتالي، فإنّه من المهم جداً، عيادياً، أن يتم وضع محددٍ مع انزعاج قلقي كي يتم أخذ هذا الأمر بالحسبان ويتم العمل على معالجته ومراقبة تحسن حالة القلق مع الوقت.

دالي: فعلاً يبدو هذا مهما جدا. فلو لم يتمّ الإشارة له في التشخيص فلن يتذكر الطبيب لاحقاً، ولن يعرف الأطباء اللاحقون، بوجود هذا الانزعاج القلقي المرافق للاضطراب.

# الباب الرابع عشر

## نوبة هوس ونوبة تحت الهوس مع ملامح مختلطة

## Manic and Hypomanic Episodes with Mixed Features

[115]**الوسيل:** لقد أشرت لنا عند حديثك عن انتقال المزاج بين القطبين أنّ هناك نوباتٍ مختلطة حيث تتسلّل فيها أعراضٌ مزاجية من قطبٍ إلى آخر. (الباب الثاني) هل يجب تحديد وجود هذه الحالة أيضاً عند التشخيص؟

**رجل الكهف:** بالطبع يا عزيزتي، وهذا في حال طابقت المعايير الخاصة بها.

[116]**الوسيل** "باهتمام": ما هي هذه المعايير؟

**رجل الكهف:** حتّى يتم اعتبار نوبة الهوس أو تحت الهوس نوبةً مختلطة، فإنّه يجب أن تطابق المعايير التالية:

**أولاً** جميع معايير نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس قد تم توافرها بالإضافة إلى استمرار ثلاثة أعراض من الأعراض التالية خلال معظم أيام نوبة الهوس أو تحت الهوس الحالية أو السابقة:

1- حالةٌ من الانزعاج الواضح أو المزاج المكتئب، سواءٌ قام الشخص بالإقرار بها، كأن يشعر بالفراغ أو الحزن مثلاً، أو تتم ملاحظتها من

قبل الآخرين، كأن تتم ملاحظته دامع العيون على سبيل المثال.

2- انخفاض الاهتمام أو المتعة في كلّ، أو تقريبا كل، الأنشطة، سواء تم الإقرار بها من قبل الشخص نفسه أو لاحظها الآخرون عليه.

3- همودٌ نفسي حركي تقريباً كلّ يوم، يجب أن تتم ملاحظتها من قبل الآخرين، وليس مجرد أن يشعر الشخص بالتباطؤ.

4- تعبٌ أو فقدانٌ للطاقة.

5- الشعور بانعدام القيمة أو شعورٌ بالذنب مفرطٌ أو غير ملائم، لكن ليس مجرد تأنيب ضميرٍ أو لوم ذاتي على المرض.

6- أفكارٌ متكررة عن الموت، ليس مجرد الخوف من الموت، أفكارٌ انتحارية متكررة بدون خطةٍ محددة، أو وجود خطةٍ محدّدةٍ للانتحار، أو القيام بمحاولة انتحار.

**ثانياً**، يمكن ملاحظة هذه الأعراض المختلطة من قبل الآخرين، وهي تمثل سلوكاً غير معتاد لهذا الشخص.

**ثالثاً**، هذه الأعراض المختلطة لا يمكن أن تُعزى إلى الآثار النفسية لمادةٍ ما، كالمخدرات أو الأدوية أو علاج آخر.

**رابعاً**، بالنسبة للأشخاص الذين تتوافر لديهم الأعراض الكاملة لنوبة هوس والأعراض الكاملة لنوبة اكتئاب في نفس الوقت فإنّ التشخيص يكون *نوبة هوس مع ملامح مختلطة*، وهذا بسبب التدهور الملحوظ والحدة السريرية لنوبة الهوس الكاملة.

[117]**دالي**: إذن ليس *نوبة اكتئاب حاد مع ملامح مختلطة*. هنا، إنها اليد العليا لنوبة الهوس.

**رجل الكهف**: صحيحٌ تماما.

**دالي**: هلّا أخبرتنا، إذن، عن معايير محدد نوبة الاكتئاب مع الملامح المختلطة؟

# الباب الخامس عشر

## نوبة اكتئابية مع ملامح مختلطة

## Depressive Episodes with Mixed Features

[118]**رجل الكهف:** سيكون الأمر على العكس تماما. ولقد تحدّثنا عنه من قبل. (رجل الكهف 2020: الباب العشرون) وسأذكّرك بالمحددات اللازمة. فحتّى يتم اعتبار نوبة الاكتئاب الحاد نوبةً مختلطة، فإنّه يجب أن تطابق المعايير التالية:

**أولاً**، جميع معايير نوبة الاكتئاب الحاد قد تم توافرها بالإضافة إلى أن تستمر ثلاثة أعراض من الأعراض التالية خلال معظم أيام نوبة الاكتئاب الحاد الحالية أو السابقة:

1- مزاجٌ مرتفع.
2- تضخم التقدير الذاتي أو الشعور بالعظمة.
3- يتكلم أكثر من المعتاد، أو الحاجة الملحة لعدم التوقف عن الكلام.
4- تطاير للأفكار أو الشعور الذاتي بأن الأفكار تتسابق في ذهنه.
5- زيادة الطاقة أو الأنشطة الهادفة سواء الانشطة الاجتماعية، أو الجنسية، أو في العمل أو المدرسة.

6- زيادة الانخراط بأنشطة تنطوي على احتمالية عواقب وخيمة كالقيام بصفقات عملٍ غبية، أو ممارساتٍ جنسية طائشة، أو الإسراف في الشراء، تبذير المال على توافه الأمور.

7- انخفاض الحاجة للنوم. فهو يكون مرتاحاً على الرغم من أنّه ينام أقل من المعتاد.

**ثانياً**، يمكن ملاحظة هذه الأعراض المختلطة من قبل الآخرين، وهي تمثل سلوكاً غير معتاد لهذا الشخص.

**ثالثاً**، هذه الأعراض المختلطة لا يمكن أن تُعزى إلى الآثار النفسية لمادةٍ ما، كالمخدرات أو الأدوية أو علاج آخر.

**رابعاً**، بالنسبة للأشخاص الذين تتوافر لديهم الأعراض الكاملة لنوبة هوس والأعراض الكاملة لنوبة اكتئاب في نفس الوقت فإنّ التشخيص يكون *نوبة هوس مع ملامح مختلطة*، وهذا بسبب التدهور الملحوظ والحدة السريرية لنوبة الهوس الكاملة.

[119]**لوسيل**: أتذكر أنّ نوبة الاكتئاب الحاد المختلطة قد تحصل في طورِ الاكتئاب أحادي القطب أيضا.

**رجل الكهف**: كلامك صحيح، ولقد تحدّثنا عن هذا مسبقا، وقلت لك حينها إنّ النوبات الاكتئابية الحادة ذات الملامح المختلطة، يا لوسيل، تنبئ باحتماليةٍ عالية لأن يطوّر أصحابها اضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني. وبالتالي، فإن تحديد وجود هذه الملامح المرافقة للاكتئاب أحادي القطب من شأنه أن يدفع إلى تصميم ومتابعة العلاج بطريقة خاصّة من شأنها درء تطوّر الاكتئاب الأحادي القطب إلى أخيه الأكبر، الاكتئاب ثنائي القطب. (ibid.)

**لوسيل**: إني أذكر هذا أيضا.

# الباب السادس عشر

## اضطراب ثنائي القطب مع دوران سريع

## Bipolar Disorder with Repid Cycling

[120] دالي: لقد أخبرتنا أيضاً عن وجود حالة تسمى الدوران السريع. (الباب الثاني) هلا حدثتنا عنها؟

رجل الكهف: بالطبع. هذه الحالة تخصّ فقط اضطراب ثنائي القطب الأول واضطراب ثنائي القطب الثاني. وهي تتمثل في وجود أربع نوباتٍ كاملة تطابق معايير نوبة الاكتئاب الحاد أو نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس خلال السنة الماضية. أقصد خلال مدة الثنتي عشر شهر الماضية.

[121] دالي: هل تقصد أنّ النوبات الأربعة متناوبة؟

رجل الكهف: كلا، لم أقصد هذا. فلا يهمّ كيف تكون هذه النوبات الأربعة، فمن الممكن أن ينتقل الشخص بشكلٍ مباشرٍ بين نوبتين من القطبين المتعاكسين، كانتقاله من نوبة هوسٍ إلى نوبة اكتئابٍ حاد. لكن في حالة نوبتين في نفس القطب، مثلاً نوبتي اكتئاب حاد. يجب أن يفصل بينهما شهران من غياب النوبات الكلي أو الجزئي.

**لوسيل:** من البديهي أنّ نوبة هوس ونوبة تحت الهوس هما من نفس القطب، ونوبة الاكتئاب هي في القطب المعاكس.

[122]**دالي:** وهل تكون هذه النوبات أكثر حدّة أم أقلّ حدة من النوبات الأخرى التي لا ينطبق عليها محدد الدوران السريع؟

**رجل الكهف:** لا يوجد فرقٌ أبداً بين الاثنين، النوبات هي نوبات، يجب أن تنطبق عليها معايير النوبات التي تحدّثنا عنها سابقا. وسواء كان الشخص يعاني من دورانٍ سريع أم لا، فإن هذا لا يؤثّر على طبيعة النوبات التي سيمر بها. الفرق الوحيد هو: تواتر هذه النوبات وعددها ضمن فترة اثنتي عشر شهرا. وبالمناسبة، لا يتم احتساب أي نوبةٍ ناجمةٍ عن مادة ما أو تلك الناجمة عن حالةٍ طبيةٍ أخرى.

**دالي:** اتّضح الأمر الآن. شكرا لك. هل هناك محدداتٌ أخرى يمكن إضافتها عند تشخيص اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

# الباب السابع عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح سوداوية

## Bipolar and Related Disorders with Melancholic Features

[123] **رجل الكهف:** لا يزال هناك الكثير يا داني. هل تذكر الملامح السوداوية التي تحدثنا عنها كمحددٍ للاضطرابات الاكتئابية؟ (رجل الكهف 2020: الباب الواحد والعشرون)

**داني:** نعم إني اذكرها.

**رجل الكهف:** هي أيضاً محددٌ لاضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات الذات الصلة.

**داني "بحماس":** يمكنني أن أذكر لك معاييرها لو أردت.

[124] **رجل الكهف:** إني أسمع.

**داني:** أولاً، يتوافر واحدٌ من الأعراض التالية خلال أكثر الأوقات حدّةً في النوبة الحالية:

1- فقدان المتعة في كل، أو تقريباً كل، الأنشطة.
2- لا يتأثر بالأمور التي تبعث على السرور، فمثلاً، لا يشعر بأيّ تحسن،

ولا حتّى بشكل مؤقت، عندما يحصل شيءٌ إيجابي للشخص.

ثانياً، وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

1- مزاجٌ اكتئابي مميز ويتّصف باليأس والقنوط أو الكآبة العميقة أو ما يعرف باسم المزاج الفارغ.

2- يكون الاكتئاب أكثر حدّةً في الصباح على نحوٍ متكرر.

3- استيقاظٌ مبكر، على الأقل ساعتين قبل موعد الاستيقاظ المعتاد.

4- هياجٌ نفسيٌ حركي، أو بالعكس، تثبيطٌ وتباطؤٌ نفسيٌ حركي Psychomotor.

5- فقدان شهيةٍ عصبي أو انخفاضٌ حاد في الوزن.

6- شعورٌ مفرط، أو غير مبرر، بالذنب.

[125]**رجل الكهف:** هذا جيد يا داني. إذن، نحن بحاجة إلى أن يتوافر عرضٌ من المجموعة الأولى وثلاثة أعراضٍ على الأقل من المجموعة الثانية في أكثر مراحل النوبة الاكتئابية حدة. ويجب أن يوجد انعدامٌ تام تقريباً للقدرة على الشعور بالمتعة، وليس مجرد انخفاضٍ في القدرة على الاستمتاع. وأن يحصل هذا في أكثر أوقات النوبة حدة.

[126]**الوسيل:** هل هناك طريقةٌ لتحديد ضعف تفاعل المزاج؟

**رجل الكهف:** نعم وهي أن تلاحظي أنّ المزاج لا يتغير، فحتّى أكثر الأمور التي يشتهيها الشخص أو الأحداث التي يرغب بحدوثها لا تترافق مع أيّ تحسنٍ ملحوظٍ للمزاج.

[127]**الوسيل:** على الاطلاق؟

**رجل الكهف:** إمّا ألّا يتحسن المزاج على الإطلاق، أو أن يتحسن بشكلٍ جزئي

فقط، لنقل مثلا من عشرين إلى أربعين بالمئة من التحسّن الطبيعي، ولمدة دقيقة واحدة فحسب.

[128]دالي: ما مدى شيوع الملامح السوداوية؟

**رجل الكهف:** في الواقع إنّها لا تجنح لأن تتكرر كثيراً في النوبات لدى نفس الشخص. إنّها أكثر تكراراً لدى المرضى الداخليين (المقيمين داخل المشافي النفسية)، منها لدى المرضى الخارجيين. إنّها تجنح لأن ترافق نوبات الاكتئاب الحاد أكثر من نوبات الاكتئاب المتوسط أو الخفيف. وتزداد احتمالية ظهورها لدى الأشخاص الذين لديهم نوباتٌ مع ملامح ذهانية.

**دالي:** هذا شرحٌ وافٍ.

**لوسيل:** ماهي هذه الملامح الذهانية؟

# الباب الثامن عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية

## Bipolar and Related Disorders with Psychotic Features

[129]**رجل الكهف:** إنّها أوهامٌ أو هلوساتٌ تظهر في أيّ وقت من أوقات النوبة. أقصد إحدى نوبات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة. وفي حالة ظهور الملامح الذهانية، يجب تحديد فيما إذا كانت منسجمةً أو متوافقةً مع المزاج أو غير منسجمةٍ معه.

**لوسيل:** ماذا تقصد؟

[130]**رجل الكهف:** أقصد أنّ هناك نوعين من محدد الملامح الذهانية. النوع الأول هو *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية منسجمة مع المزاج*. وهذا يكون عندما تكون الأوهام والهلوسات في نوبة الهوس، مثلاً، تتضمّن تعظيم الذات والشعور بالقوة وأنّه لا يمكن أن يصيبه مكروه ونحو هذا من أمورٍ تتناسب مع نوبة الهوس، على أنّها قد تتضمن، أيضاً، الشكّ والريبة خاصة فيما يتعلق بشكوك الآخرين حول قدراته وإنجازاته ونحو هذا من أمور.

أما النوع الثاني وهو *اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية غير منسجمة مع المزاج*. فهو يكون على عكس النوع الأول، ففيه تكون الأوهام والهلوسات لا تتلاءم، أو تتناسب، مع طبيعة النوبة التي ترافق معها. وفي حالة كانت هذه الهلوسات والأوهام مزيجاً من النوعين، المتناسب مع النوبة وغير المتناسب معها، فإن هذا المحدّد هو الذي يستخدم.

لوسيل "بابتسامة رضى": شكراً على التوضيح.

دالي: هلا زودتنا بمحدّد آخر؟

# الباب التاسع عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح غير نمطية

## Bipolar and Related Disorders with Atypical Features

[131]**رجل الكهف:** لدينا محدّد مع ملامح غير نمطية، والذي تحدثنا عنه سابقا كمحدد للاكتئاب. (رجل الكهف 2020: الباب الثالث والعشرون)

**لوسيل:** نعم إنّي أذكره. لقد قلت لنا أنّه كي يتم تطبيق محدّد مع *ملامح غير نمطية*، يجب توافر جميع الشروط التالية:

**أولاً**، ردود فعل مزاجية، كالتحسّن بالمزاج عند حصول أمر إيجابي.

**ثانياً**، اثنان أو أكثر من الأعراض التالية:

1- زيادةٌ كبيرة في الشهية أو الوزن.

2- فرطٌ في النوم.

3- الشلل الرصاصي، أقصد الشعور بثقل كبير في الأطراف.

4- وجود نمطٍ مستمر وثابت من الحساسية تجاه الرّفض لدرجةٍ تؤثر بشكلٍ فادحٍ على الأنشطة الاجتماعية والوظيفية، على ألّا تكون محدودةً بنوبات تغيّر مزاجي، بالطبع.

**أخيراً**، علينا أن نتأكد، قبل تعيين المحدّد "مع ملامح غير نمطية" أنّ الأعراض

لا تطابق معايير المحدّد الذي تكلمنا عنه قبل قليل وهو "مع ملامح سوداوية" والا تطابق أيضاً معايير المحدد "مع شذوذ الحركة" في نفس النوبة.

**رجل الكهف:** هذا صحيح.

[132]**دالي:** هل لك أن تشرح لنا أكثر هذه الأعراض، من فضلك؟

**رجل الكهف:** لك ذلك. تفاعل المزاج، هو كما قلت لكما قبل قليل، القدرة على أن يشعر الفرد بالبهجة عند حصول حدثٍ ايجابي، كزيارة أبناءه له، أو مديح الآخرين له، وغيرها من الأمور التي يفترض أن تبعث على البهجة. قد يصبح المزاج هادئاً، وليس حزيناً، وربما لفترة طويلة، إذا بقيت الظروف الخارجية كما يفضّلها هو.

زيادة الشهية قد تبدو من خلال الاستهلاك الزائد بوضوح للطعام، أو زيادة الوزن.

فرط النوم قد يكون زيادة في عدد ساعات النوم الليلي أو أخذ قيلولة في النهار، المهم هو مجموع عدد ساعات النوم الكلي في الأربع وعشرين ساعة والذي يجب أن يتجاوز العشر ساعات، أو على الأقل ساعتين زيادة عن معدل نومه الاعتيادي عندما لا يكون مكتئبا.

الشلل الرصاصي، الذي شرحته لكما أول أمس، وسأذكركما به باختصار، هو شعورٌ بالثقل، أو التقييد، أو الوزن الثقيل ويكون عادةً في الأيدي أو الأرجل. هذا الشعور يجب أن يتواجد على الأقل لمدّة ساعة في اليوم، بيد أنّه يستمر عادة لعدة ساعاتٍ متواصلة. (ibid.)

على عكس الملامح غير النمطية الأخرى، فإن الحساسية المرضية للرفض المتوقّع في العلاقات الاجتماعية هي سمةٌ لديها بداية مبكرة وتكون مستمرة خلال معظم حياة الشخص. هذه الحساسية للرفض تحصل سواء كان الشخص مكتئباً أم غير مكتئب، على أنّها تتفاقم في فترات الاكتئاب.

[133]دافي: شكرا لك. فهمت الأعراض الآن جيدا. لكن لديّ سؤال آخر، لقد ذكرت لوسيل أنّ علينا أن نتأكّد، قبل تعيين المحدد مع *ملامح غير نمطية* أنّ الأعراض لا تطابق معايير المحدّد الذي تكلمنا عنه قبل قليل وهو مع *ملامح سوداوية* وألا تطابق أيضاً معايير المحدّد مع *شذوذ الحركة* في نفس النوبة. هل معايير هذا الأخير هي نفسها تلك التي تحدثنا عنها أول أمس؟ (رجل الكهف 2020: الباب الرابع والعشرون)

# الباب العشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع شذوذ الحركة

## Bipolar and Related Disorders with Catatonia

[134] رجل الكهف: هذا صحيح يا داني. إن شذوذ الحركة، أو شذوذ الحركة الفصامي، أو الجامود، تتعدّد الأسماء باللغة العربية لتصف هيمنة لثلاثةٍ على الأقل من الأعراض التالية:

1- الذهول. لا استجابات حركية، لا ردود أفعال لما يحدث في البيئة المحيطة بالشخص.

2- الإغماء التخشبي. الجمود السلبي في المكان. سلبي، يا لوسيل، بمعنى انعدام بذل جهدٍ للتموضع معاكس للجاذبية على سبيل المثال، وهذا على عكس العرض التالي.

3- التموضع. الحفاظ، بشكلٍ فاعلٍ، وعفوي في نفس الوقت، على وضعيةٍ ما.

4- المرونة الشمعية. أي عدم التحرك حتّى عندما يحاول الطبيب تحريكه.

5- الصمت. أقصد، انعدام أو قلّة الاستجابات اللفظية.

6- السلبية. بمعنى عدم تشكيل استجاباتٍ للمؤثرات الخارجية.
7- التكلّف. أي المبالغة عند القيام بالتصرفات العادية أو المظهر ونحوها.
8- النمطية. التكرار، التصرفات غير الطبيعية، القيام بتصرفات غير هادفة.
9- الهياج دون وجود مؤثرٍ خارجي.
10- التقليد في الكلام. أقصد تكرار ما يقوله الآخرون كما يفعل الأطفال عادة.
11- نفس الأمر بالنسبة للحركات. تقليد حركات الآخرين.
12- تقطيب الحاجبين.

إذا سيطرت الأعراض الثلاثة هذه على معظم النوبة الاكتئابية، أو النوبة التحت هوسية، أو النوبة الهوسية فإن محدّد مع *شذوذ الحركة* يتم تعيينه.

[135]دالي: نعم إني أتذكر هذه المعايير.

**لوسيل "مفكرة":** لقد أخبرتنا أول أمس أنّ الاكتئاب ذو النمط الفصلي هو محطُ تحديدٍ أيضاً إن وجد، فهل يوجد اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة ذو نمطٍ فصلي أيضا؟ (رجل الكهف 2020: الباب الخامس والعشرون)

# الباب الواحد والعشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمط فصلي

## Bipolar and Related Disorders with Seasonal Pattern

[136]**رجل الكهف:** بالتأكيد. يمكنك تشخيص اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمطٍ فصلي إذا كان هناك نمطٌ فصلي لتواتر النوبات المزاجية عبر حياة الفرد. وإنّ السّمة الجوهرية هي وجود تغيرٍ نمطي فصلي لنوعٍ واحد على الأقل من النوبات، أعني نوبات هوس، أو نوبات تحت الهوس، أو نوبات اكتئاب حاد، بينما من الممكن للنوعين الآخرين من النوبات ألا يتبعا هذا النمط التواتري.

**لوسيل:** أنت تقصد أنّه من الممكن للشخص أن يمرّ بنوباتٍ تحت هوسية ذات نمطٍ فصلي، أعني أنّها تتكرّر في نفس الفترة كلّ سنة، بينما نوباته الاكتئابية ليس لديها أي نمطٍ تواتري؟

[137]**رجل الكهف:** هذا صحيح، هذه حالة *اضطراب ثنائي القطب الثاني مع نمطٍ فصلي*. لكن علينا في البداية التأكد من أن النمط يطابق المعايير التالية:

**أولاً** يجب وجود ترافقٍ منتظمٍ بين بداية نوبات الاكتئاب الحاد، أو نوبات

الهوس، أو نوبات تحت الهوس مع وقت معيّن في السنة، مثلاً الخريف أو الشتاء، في اضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني.

وبالمناسبة يا داني، الكثيرون لا ينتبهون إلى وجود مؤثراتٍ أخرى تتغير بنفس الوتيرة، أو في نفس الفترة الزمنية، والتي تكون هي، بحدّ ذاتها، وليس الفصل أو الوقت من السنة بحد ذاته، المسؤول عن النوبة الاكتئابية. على سبيل المثال، إنّ فترة الشتاء قد تكون فترة بطالةٍ للكثير من العمال الموسمين، وبالتالي، يجب التأكد أنّ النوبة غير ناجمة عن الكرب الذي يثقل كاهل العامل العاطل عن العمل في فصلٍ شديد البرد ذو مصاريف ماليةٍ عالية. أو أيّ شيء من هذا القبيل.

وبنفس المنظور، **ثانياً**، يجب أن تختفي النوبة تماما في وقت معين من أوقات السنة بشكل متكرر. ومن الجدير ذكره أنه لا يهمّ هنا إن كان اختفاء النوبة يعني أنّ الشخص قد أصبح في مزاج طبيعي، أو أنّه قد انتقل من قطب إلى آخر. المهم أن تلك النوبة، موضوع البحث، قد انتهت. مع الانتباه إلى نفس الملاحظة السابقة من احتمالية أن يكون إعادة توظيف العامل الموسمي هو سبب ذهاب الأعراض على سبيل المثال.

[138]**داني** "بابتسامة": لقد شرحت لنا هذا أول أمس. (رجل الكهف 2020: الباب الخامس والعشرون)

**لوسيل**: حتّى الآن العرضان الأوليان هما بداية النوبات في وقتٍ معين من السنة، واختفائها الكامل في وقتٍ معين آخر من السنة، على نحوٍ منتظم، ودون أن يكون هناك مؤثر آخر يفسر هذا التبدل المزاجي. ماذا بعد؟

[139]**رجل الكهف**: ثالثاً، يا لوسيل، يجب أن يستمر الانتظام الذي تقولينه هذا لمدّة عامين على الأقل. وأنا أعني حرفياً ما أقوله. يجب أن يكون بين يدينا نوبة اكتئاب حاد، أو نوبة هوس أو نوبة تحت الهوس، حصلت بهذا النّمط

الفصلي ويجب ألا توجد نوباتٌ من نفس القطب غير مرتبطة بهذا النمط الفصلي في هاتين السنتين.

بل أكثر من هذا، إنّ المعيار الرابع هو أن يفوق بشكل كبير عدد نوبات الاكتئاب الحاد، أو نوبات الهوس، أو نوبات تحت الهوس، ذات النمط الفصلي عدد النوبات من نفس النوع والتي هي ليست ذات نمط فصلي التي حصلت في حياة الفرد.

**لوسيل "مقاطعة":** ولقد قلت لي لو أنّ نوبات اضطراب الاكتئاب الحاد المتكرّرة أخذت نمطاً يطابق هذه الشروط التي هي للنّمط الفصلي فإنه يحصل على هذا المحدد.

[140] **رجل الكهف:** بالفعل هذا المحدّد يمكن تطبيقه على نوبة الاكتئاب الحاد سواء كانت في سياق اضطراب الاكتئاب الحاد أو اضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني. المفتاح هنا هو بداية نوبات الاكتئاب الحاد وفترات الشفاء منها. في معظم الحالات، تكون بداية النوبات في الخريف أو الشتاء، والشفاء منها يكون في الربيع. أما النوبات الاكتئابية التي تتكرر في الصف فهي أقل شيوعاً، بالطبع.

**دالي:** بما أنّك أشرت إلى نوبات الاكتئاب الحاد التي تحصل بهذا التواتر الفصلي، فإنّي أذكر أنها عادةً ما تتصف بانخفاض الطاقة، الإفراط في النوم، الإفراط في الأكل، وبالتالي، زيادة في الوزن، والرغبة الشديدة لتناول الكربوهيدرات.

**رجل الكهف:** هذا صحيح.

[1] **دالي:** في أيّ الاضطرابات تشيع النوبات ذات النمط الفصلي أكثر؟ اضطراب الاكتئاب أحادي القطب أم اضطراب ثنائي القطب؟

**رجل الكهف:** ليس من الواضح فيما إذا كان النمط الفصلي يشيع أكثر بين

اضطراب الاكتئاب الحاد أم اضطراب ثنائي القطب، لكن ضمن عائلة اضطرابات ثنائي القطب، فإنّ النمط الفصلي يشيع أكثر بين أصحاب اضطراب ثنائي القطب الثاني من أقرانهم في اضطراب ثنائي القطب الأول.

لدى بعض الأشخاص، على أي حال، تبدأ لديهم نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس مرتبطة بموسم ما.

هذا ويبدو أنّ النمط الفصلي الشتوي يختلف مع اختلاف خطو العرض، والعمر، والجنس، حيث إنّه يزداد مع الاتجاه نحو الشمال. كما ان الأشخاص الأصغر سناً هم الأكثر عرضة له.

دالي: أعتقد أنّنا تحدثنا عن كل هذا من قبل، لذا دعنا ننتقل إلى غيره. (ibid.)

# الباب الثاني والعشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع بدء فترة الولادة

## Bipolar and Related Disorders with Peripartum Onset

[142]**رجل الكهف:** على غرار الاضطرابات الاكتئابية أيضا، يمكن إعطاء محدّد مع *بدء فترة الولادة* إذا كانت بداية نوبة الاكتئاب الحاد، أو نوبة الهوس، أو نوبة تحت الهوس لسيدةٍ مصابة باضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني كانت خلال فترة الحمل أو خلال الأسابيع الأربعة الأولى بعد الولادة. في حال لم تطابق النوبة الحالية كل المعايير اللازمة، فيجب أن تطابق النوبة السابقة عليها هذه الشروط.

**لوسيل** "بحماس": نعم إنّي أذكر هذا المحدّد. (رجل الكهف 2020: الباب السادس والعشرون)

[143]**داني:** كم هي نسبة الإناث الذين يحصل معهم هذا؟

**رجل الكهف:** كما قلت الآن، قد تبدأ نوبات المزاج هذه، يا داني، خلال فترة الحمل أو بعد الولادة. وعلى الرغم من أنّ التقديرات تختلف، وذلك بحسب فترة المتابعة بعد الولادة، فإنّ ما بين ثلاثة إلى ستة بالمئة من النساء يعانون

من بداية نوبة اكتئاب حاد خلال فترة الحمل أو خلال الأسابيع والأشهر التالية للولادة. والحقّ أنّ نصف نوبات الاكتئاب الحاد التالية للولادة يكون لها بداية أثناء الحمل، لذا، فإنه قد تم دمج النوعين من النوبات، تلك التي تبدأ فعلاً أثناء الحمل، وتلك التي تبدأ بعد الولادة ضمن مجموعة واحدة نسميها *نوبات مع بدء فترة الولادة*.

[144]**لوسيل:** هل من اضطرابات أخرى قد ترافق هذه النوبات الاكتئابية؟

**رجل الكهف:** لقد أخبرتك أول أمس أنّه غالباً ما تجنح النساء اللواتي يعانين من نوبات اكتئابٍ حاد مع بدء فترة الولادة إلى أن يكون لديهن قلق حاد، بل نوبات هلعٍ أيضا. في الحقيقة، لقد أظهرت الدراسات أنّ وجود أعراضٍ اكتئابية وأعراض قلقٍ خلال فترة الحمل، بالإضافة إلى كآبة النفاس baby blues يرفع من احتمالية حصول نوبة اكتئابٍ حاد تاليةٍ للولادة.

[145]**لوسيل** "بخجل": تذكرت الآن، وتذكرت أنّ من الممكن أن ترافقها ملامح ذهانية، حيث إنّ قتل الأطفال حديثي الولادة من قبل أمهاتهم غالبا ما يكون نتيجة نوبات ذهانية تالية للولادة تحتوي على هلاوس آمرة بقتل الرضيع أو أوهام بأنّ الطفل ممسوس. لكن ليست كل الأعراض الذهانية بهذا الشكل، لأنّه من الممكن ألّا تحتوي الأعراض الذهانية في النوبة المزاجية التالية للولادة على هكذا هلاوس وأوهام محددة.

**رجل الكهف:** تذكّرني أنّ خطورة الإصابة بنوبات بعد الولادة مع أعراض ذهانية يرتفع لدى النساء اللواتي لديهن حالاتٌ سابقة من هذه النوبات، بالطبع، بمعنى أنّ هذه النوبات تحفّز على مثلها في المستقبل لدى نفس السيدة، لهذا السبب إنّ طلب العلاج ضروري جدا. كما أنّ الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة (بشكلٍ خاص اضطراب ثنائي القطب الاول، والذي ترتفع فيه احتمالية أن تقتل الأم وليدها

في نوبة ذهانية) يرفعون من خطر الإصابة بالنوبات الذهانية التالية للولادة التي نتكلم عنها، ناهيك عن أنّ وجود تاريخٍ عائلي لاضطرابات ثنائي القطب لا يصبّ في صالح السيدة في هذا السياق.

[146]**لوسيل:** ذكّرني كم هي نسبة النساء اللواتي قد يعانين من نوباتٍ مزاجية بعد الولادة مترافقة مع أعراضٍ ذهانية بشكل عام؟

**رجل الكهف:** إنّ هذه النوبات تتواتر بمعدل يتراوح ما بين واحدٍ لكل خمسمائة حالة ولادة إلى واحدٍ لكل ألف حالة ولادة، مع شيوعٍ أكبر لحالات الولادة البكر (ولادة الطفل الأول).

[147]**لوسيل:** هناك احتمال أن واحدة من كل ثلاثة سيدات، أو نصف السيدات اللواتي اختبرن نوبة ما بعد الولادة مع أعراضٍ ذهانية، أن تعاودهن نفس النوبة في الولادات التالية، صحيح؟

**رجل الكهف:** صحيح، إنّ خطورة تكرار النوبة مع كل ولادة قادمة يتراوح بين ثلاثين إلى خمسين بالمئة، لكن انتبهي يا لوسيل، يجب تمييز النوبات التالية للولادة التي نحن بصددها عن ذلك الهذيان الذي يحصل في الفترة التالية للولادة والذي يكون عبارةً عن تذبذبات في الإدراك أو الانتباه.

# الباب الثالث والعشرون

## السكون الجزئي والسكون الكلي بين النوبات

## Partial Remission and Full Remission

[148]**داني**: هل من محدداتٍ أخرى يمكن إضافتها لتشخيص اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

**رجل الكهف**: بالطبع. فيمكن مثلا تحديد فيما لو كان هناك سكونٌ جزئي أم سكونٌ كلي بين النوبات.

[149]**داني**: ماذا تقصد بالسكون الجزئي؟

**رجل الكهف**: أن تكون بقايا من أعراضٍ النوبة الهوسية أو تحت الهوسية، أو الاكتئابية السابقة لا تزال موجودة، لكن هذه الأعراض غير كافيةٍ كي تشكل نوبة، أو أن يكون هناك فترة أقل من شهرين تلي نوبة هوس أو نوبة تحت الهوس أو نوبة اكتئابية وخالية من أيّ أعراضٍ مهمّة من هذه النوبة.

[150]**لوسيل**: والسكون الكلي؟

**رجل الكهف**: يكون السكون كلياً لو مرّت فترة شهرين بدون وجود أيّ أعراضٍ

**لأي نوبةٍ من النوبات.**

**لوسيل: إنّ الأمور تبدو الآن منظمة جدا.**

# الباب الرابع والعشرون

## تحديد حدة نوبة الاكتئاب الحاد الحالية

## Current Severity of Major Depressive Episode

## بندقة

[151]**رجل الكهف:** وعلينا تحديد حدّة، أو شدّة، النوبة أيضا، كما كان الأمر مع الاكتئاب أحادي القطب، وذلك بالنظر إلى عدد الأعراض، وحدة هذه الأعراض، وشدة العجز الوظيفي. (رجل الكهف 2020: الباب السابع والعشرون)

**داني:** أنا أذكر هذا. إنّ نوبة الاكتئاب الحاد إمّا أن تكون خفيفة، أو متوسطة أو شديدة.

***الخفيفة:*** تشير إلى أنّ الأعراض المتوافرة هي إمّا على الحدّ الأدنى اللازم للتشخيص أو تزيدها قليلا. ومع أن حدّة هذه الأعراض تسبّب إزعاجا وضعفاً في الأداء الوظيفي والاجتماعي وما إلى ذلك -وإلا لما تم إعطاؤها التشخيص أساساً، كحال جميع الاضطرابات النفسية- بيد أنّ هذا الانزعاج وضعف الأداء هما في الحدود الدنيا ومن الممكن التحكم بهما.

***الشديدة:*** هي على العكس تماماً من الخفيفة، فالأعراض التي تتوافر في النوبة تفوق عدداً بكثير تلك المطلوبة للتشخيص، كما أن حدّة هذه الأعراض

تسبب عجزاً وظيفاً بالغاً ولا يمكن السيطرة عليها.

*المتوسطة*: تشمل جميع الحالات التي تقع في توصيفها ما بين الخفيفة والشديدة، وهي، لهذا السبب، واسعة النطاق وتضم معظم المصابين بالاكتئاب فهي تتدرج من نوبة أشد بقليل من النوبة الخفيفة، إلى تلك النوبة التي هي أخف بقليل من النوبة الشديدة.

# الباب الخامس والعشرون

## تحديد حدة نوبة الهوس الحالية

## Current Severity of Manic Episode

[152] **رجل الكهف:** هذا صحيحٌ يا داني. أحسنت صنعاً.

**لوسيل:** وهل تحدّد شدّة نوبة الهوس بنفس الطريقة؟

**رجل الكهف:** إنّ تحديد حدّة، أو شدّة، نوبة الهوس، يكون، كما هو الأمر مع نوبة الاكتئاب الحاد، بالنظر إلى عدد الأعراض، وحدّة هذه الأعراض، وشدّة العجز الوظيفي. وهي أيضاً، مثل نوبة الاكتئاب الحاد، إمّا أن تكون خفيفة، أو متوسطة أو شديدة.

تكون نوبة الهوس *خفيفة* إذا طابقت الحدّ الأدنى من معايير نوبة الهوس.

وتكون *متوسطة* إذا كان هناك ارتفاعٌ كبير في النشاط أو ضعف في المحاكمات العقلية.

وتعتبر نوبة الهوس *شديدة* في حال كانت المراقبة شبه الدائمة مطلوبة كي تحمي الشخص من أن يؤذي نفسه أو غيره.

# الباب السادس والعشرون

## مشاهير اضطراب ثنائي القطب

153]لوسيل "بارتباك": المعذرة على هذا السؤال الذي هو خارج السياق، بيدَ أنه خطر على ذهني الآن، أليس هذا هو الاضطراب الذي يُقال عنه إنّه مرض المشاهير، أو مرض العباقرة؟

**رجل الكهف:** بالفعل، هذا صحيح. إنّ هناك رابطاً قوياً بين العبقرية، أو الإبداع، واضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. بالنسبة لي، إنّي أعتقد، أنّ عيش هؤلاء الأشخاص في أماكن مزاجية تفوق الحدود الطبيعية للمزاج، سواءً باتجاه الشمال أو باتجاه الجنوب، يعطيهم وجهات نظرٍ مختلفة للأمور عمّا يراه الناس المعافون، ربما يكون هو سبباً من أسباب الإبداع أو العبقرية التي يتميزون بها.

كما أن اختبارهم لمشاعر اكتئابيّة، أو سوداويّة، أو هوسيّة، أو ذهانية أو غيرها قد يميزهم عن غيرهم من أقرانهم المعافين، فترينهم يبدعون ألحاناً موسيقية، أو يكتبون أشعاراً، أو يرسمون لوحات، يتم اعتبارها على أنها أعمال عظيمة وأحياناً خالدة ولا تقدّر بثمن، وهذا لأنّ المشاعر التي تحملها هي مما يُصعب على الشخص المعافى ابتداعها أو التعبير عنها بنفس الطريقة.

كما أنّ الآثار الجسدية الأخرى التي يعيشها المصاب باضطراب ثنائي القطب، كسرعة الأفكار وتطايرها، الطاقة الكبيرة، عدم الشعور بالتعب، عدم النوم لأيام، أو انخفاض الحاجة إلى النوم، وغيرها، قد يستفيد منها الشخص فيُصبح مبدعاً في مجاله أو ناجحاً فيه على نحو استثنائي.

لكن بنفس الوقت، نفس هذه الميزات، قد تتسبّب بتدمير حياة صاحبها، أو تودي بحياته، وأحيانا، حياة غيره أيضا.

ومع ذلك، إنّ هذا لا يجب أن يُفهم على أن كل المصابين باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة هم مبدعون وعباقرة، كلا، على الإطلاق. وأيضاً لا يجب أن يتم الاعتقاد بأنّ كل عبقري ومبدعٍ لديه اضطراب ثنائي القطب. لأنّ الاحصائيات لا تؤيد أياً من هذين الأمرين.

**لوسيل:** شكراً على الإجابة، هذا واضحٌ ومفهوم.

[154] **دالي:** إنّك أثرت فضولي يا رجل الكهف. هلا أعطيتني بعض الأمثلة عن مشاهير مصابين بهذا الاضطراب؟

**رجل الكهف:** أي نوع من المشاهير تريد؟ هل تريدني ان أتحدث لك مثلاً عن **أوغست أميس** Mercedes Grabowski (1994-2017) الموديل وممثلة الأفلام الإباحية الكندية الأمريكية التي عانت من اضطراب الهويّة الفصامي واضطراب ثنائي القطب إلى أن وضعت حداً لمعاناتها بالانتحار شنقاً عن عمر الثالثة والعشرين فقط. أم عن رجل الأعمال والناشر الأمريكي **لاري فلينت** Larry Claxton Flynt Jr. (1942- ) الذي يملك إمبراطورية لنشر المواد الإباحية ويعتبر أحد أقوى رجال الأعمال في هذا الميدان؟

[155] **لوسيل** "بخجل": ما هذا يا رجل الكهف! لقد فاجئتني خوضك في هذا الميدان القذر.

**رجل الكهف:** رغم اتفاقي المطلق معك على أنه ميدان قذر، بل وقذر جداً،

لكنه جدُّ نظيف إذا ما قورن بغيره من الميادين.

**لوسيل** "بدهشة": ماذا تقول!

**رجل الكهف**: ماذا لو نظرنا في ميدان السياسة؟

[156]**دالي** "مبتسماً": صدقت يا صاحبي. لا يمكن مقارنة قذارة هذا الميدان. أخبرنا إذن عن بعض المشتغلين في المجال السياسي المصابين بهذا الاضطراب.

**رجل الكهف**: يمكنني أن أبدأ القائمة مغرقاً في التاريخ وصولاً إلى **الإسكندر الأكبر** Alexander III of Macedon (356-323 قبل الحقبة الشائعة) الذي رغم حياته القصيرة ذات الإثنين وثلاثين عاماً استطاع أن يخلد اسمه كأحد أنجح القادة العسكريين في التاريخ. وترجح بعض المصادر أنه توفي بسبب التسمم الكحولي. ولدينا الإمبراطور الفرنسي **نابليون الأول** Napoléon Bonaparte (1769-1821). **وماو تسي تونغ** Mao Zedong (1893-1976) زعيم الحزب الشيوعي الصيني. (جاميسون 21:2008)

وفي حين يرى البعض أنّ رئيس وزراء بريطانيا **ويليام بيت الأكبر** William Pitt, 1st Earl of Chatham, PC, FRS (1708-1778) كان يعاني من اضطراب ثنائي القطب. (Davidson 20:2011) فإنه من المؤكد أن خليفته **وينستون تشرشل** Sir Winston Leonard Spencer-Churchill KG OM CH TD DL FRS RA (1874-1965) كان يعاني من هذا الاضطراب. (جاميسون 21:2008)

[157] رئيس وزراء أستراليا الرابع عشر وزعيم حزب العمال الأسترالي **جون كيرتن** John Joseph Ambrose Curtin PC (1885-1945). (Williams 100:2013) وأيضاً أيقونة اللاسلطوية، الكاتب والناشط السياسي والاجتماعي الأمريكي، والمشارك في تأسيس حزب الشباب الدولي، والناشط في حركة ضد الحرب **آبي هوفمان** Abbot Howard Hoffman (1936-1989) الذي سيطر

عليه المرض دافعاً إيّاه إلى الانتحار بعمر الاثنين وخمسين عاماً بتعاطي مئة وخمسين حبة مهدئ مع شرب الكحول. (Jezer 1993:xvii)

رجل السياسة الأمريكي **رون تومبسون** Ron Thompson (1966- ) كانت نوبات الاكتئاب تجبره عن الانقطاع عن عمله لفترات طويلة، إلى أن أوصله اضطراب ثنائي القطب الثاني الذي يعاني منه إلى اعتزال العمل السياسي عام 2007. كما إنّ السياسية الأمريكية والناشطة في حماية البيئة **كارين ماكارثي** Karen McCarthy (1947-2010) عانت من الزهايمر إضافة لمعاناتها مع اضطراب ثنائي القطب.

[158] الدبلوماسي والكاتب والناشط في حقوق الانسان، سفير بريطانيا في أوزباكستان، **كريغ ميراي** Craig John Murray (1958- ) يعاني من نوبات الاكتئاب التي أوصلته إلى مقاربة الانتحار. ورجل السياسة وكاتب المسرحيات الأسترالي **نيل كول** Neil Donald Cole (1957- ) كتب عام 2010 مستعيناً بمعاناته الخاصة مع اضطراب ثنائي القطب، كما ومعاناة عشرين شخصاً آخراً، رواية حملت عنوان *جنون الكولونيل سوري*. (Cole 2010)

**مايكل كوستا** Michael Costa (1956- ) رجل السياسة الأسترالي. ونظيره الأمريكي **باتريك ج. كينيدي** Patrick Joseph Kennedy II, GOIH (1957- ) عانى من اضطراب ثنائي القطب كما والإدمان، وهو ناشطٌ في التوعية من الاضطرابات النفسية وتحسين الرعاية النفسية في الولايات المتحدة، ونال على مساهماته هذه جوائز عديدة. كما إنّ السيناتور الأمريكي **توم إيغلتون** Thomas Francis "Tom" Eagleton (1929-2007) أُدخل المشفى عدة مرات كما وخضع للعلاج بالصدمات الكهربائية.

[159] **لوسيل** "مقاطعة": سمعت أن توم إيغلتون قد تبرّع بجسده بعد موته للأبحاث العلمية الطبية.

**رجل الكهف:** هذا صحيح. ولدينا رجل التخطيط والمخابرات الأمريكي **فرانك ويسنر** Frank Gardiner Wisner (1909-1965) رئيس عمليات مكتب الخدمات الاستراتيجية في جنوب شرق أوروبا والمدير الثاني للخدمات السرية الوطنية -المكتب الذي يسيطر على ثلاثة أرباع ميزانية وكالة المخابرات المركزية الأمريكية CIA، ويدير نحو ستين بالمئة من رجالاتها- أودع في المشفى وعولج بالصدمات الكهربائية قبل أن يسيطر اضطراب ثنائي القطب عليه لينتحر وهو بعمر السادسة والخمسين.

**دالي:** لقد لعب فرانك ويسنر دوراً فعالاً في الإطاحة برئيس وزراء **إيران محمد مصدق** Mohammad Mosaddegh (1882-1967) بالإضافة إلى رئيس غواتيمالا **جاكوبو أربينز** Colonel Jacobo Árbenz Guzmán (1913-1971).

**رجل الكهف:** صدقت. لكنه، لسخرية القدر، قد انتحر قبل موت كليهما!

[160]**دالي:** وماذا عن البيت الأبيض؟

**رجل الكهف:** لقد وجدت دراسةٌ أن نصف رؤساء أمريكا كانوا يعانون من اضطرابات نفسية، ونصف هؤلاء كانوا يعانون من الاكتئاب. (Winch 2016)

[161]**دالي** "ضاحكا": هذا يفسّر الكثير.

**رجل الكهف:** بعض هؤلاء كانوا مصابين باضطراب ثنائي القطب كالرئيس السادس عشر للولايات المتحدة **أبراهام لينكولن** Abraham Lincoln (1809-1865). (جاميسون 2008:21) وخليفته **ثيودور روزفلت** Theodore Roosevelt Jr. (1858-1919) الرئيس السادس والعشرون للولايات المتحدة الأمريكية، الذي كان يُغرق نفسه في نوبات الهوس بأنشطةٍ يوميةٍ خارقة كما يصفها معاصروه. كما إنّ سكرتيرته قد ذكرت أنه كتب خلال فترة رئاسته ما

يقرب من مئة وخمسين ألف رسالة. وإذا صحّ ما يقوله بعض المؤرخين من أنّه قد كتب ما يعادل ثمانية عشر مليون كلمة، فإن هذا يعادل الإنتاج الأدبي لكاتب نشطٍ خلال أربعين عاما. وفي نوبات الهوس كان يصبح أيضاً إنساناً متسلطاً كثير الكلام لا يدع أحداً يتحدث أو يبدي رأياً، كما ويدخل في مشاريع طموحة جداً غالباً لا يستطيع إتمامها. (إبراهيم 41:1998) كما ترجح العديد من المصادر أن خليفتهما **ليندون جونسون** **Lyndon Baines Johnson** (1973-1908) الرئيس السادس والثلاثون للولايات المتحدة الأمريكية قد عانى أيضاً من اضطراب ثنائي القطب.

[162]**لوسيل** "ضاحكة": من المضحك هذا التواتر الذي لا ينقصه سوى أن يكون الرئيس السادس للولايات المتحدة مصاباً باضطراب ثنائي القطب.

**رجل الكهف**: في الحقيقة، إنّ المصادر ترجح أن الرئيس السادس للولايات المتحدة الأمريكية **جون كوينسي آدامز** **John Quincy Adams** (1767-1848) كان أيضاً مصاباً باضطراب ثنائي القطب. حاله كحال والده الرئيس الثاني للولايات المتحدة الامريكية **جون آدامز** **John Adams Jr.** (1735-1826).

**دالي**: لقد قرأت أنّ الاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات الأخرى ذات الصلة بها كانت منتشرة في عائلة آدمز. لذا، فإن لم يكونا مصابين باضطراب ثنائي القطب، فعلى الأقل كانا مصابين بالاكتئاب أحادي القطب.

[163]**رجل الكهف**: هذا صحيح.

**دالي** "ضاحكا": علينا الانتظار إذن لنرى هل سيكون الرئيس السادس والأربعون مصاباً باضطراب ثنائي القطب أيضاً أم أن الصدفة ستكسر هذا التواتر.

**لوسيل:** بعيداً عن مجال السياسة، لقد قرأت السيرة الذاتية للممثلة والكاتبة الكندية **مارغريت ترودو** Margaret Joan Trudeau (1948- ) التي نشرتها عام 2010 بعنوان *تغيير رأيي* وقد تحدثت فيها عن تجربتها مع اضطراب ثنائي القطب. (Trudeau 2010)

[164]**رجل الكهف:** في الواقع لقد حصلت مارغريت ترودو عام 2013 على دكتوراه فخرية من جامعة **Western Ontario** لنشاطها في التوعية من الاضطرابات النفسية. لكنك يا لوسيل لم تبتعدي كثيراً عن ميدان السياسة؛ لأن مارغريت ترودو هي زوجة رئيس وزراء كندا الخامس عشر **بيير ترودو** Joseph Philippe Pierre Yves Elliott Trudeau, PC CC CH QC FRSC (1919-1920)، ووالدة رئيس وزراء كندا الثالث والعشرون **جستن ترودو** Justin Pierre James Trudeau PC MP (1971- ).

[165]**لوسيل** "بخجل": لم أنتبه لهذا. لكن أبعدنا عن السياسة أرجوك. هل صحيحٌ ما يُقال من أن المؤلف الموسيقي النمساوي **فولفغانغ أماديوس موتسارت** Johannes Chrysostomus Wolfgangus Theophilus Mozart (1756-1791) أحد أشهر العباقرة المبدعين في تاريخ الموسيقى، كان يُعاني من اضطراب ثنائي القطب؟

**رجل الكهف:** يرى البعض أنّه كان مصاباً بثنائي القطب، بينما يرى آخرون أنّه كان يعاني من اضطرابٍ في الشخصية. أياً يكن، فإن موتسارت قد عانى معاناةً شديدة في حياته القصيرة ذات الخمسة وثلاثين عاما.

[166]**دالي:** وماذا عن **روبرت شومان** Robert Schumann (1810-1856) أحد أهم مؤلفي الموسيقي في الحركة الألمانية الرومانسية.

**رجل الكهف:** يراه البعض مصاباً باضطراب ثنائي القطب، بينما يراه آخرون مصاباً بالفصام. بالنسبة لي، يمكنني ملاحظة جانبَي ثنائي القطب في مقطوعاته

الموسيقية. على أيّ حال، إنّ شومان قد قضى أوقاتا طويلة من حياته في المصحات، وحاول الانتحار ذات مرّة بإلقاء نفسه من على جسر، لكن أنقذه بعض الصيادين وأودع المصح الذي مات فيه بعد عامين بعمر السادسة والأربعين دون أن يتحسّن وضعه الصحي. بيدَ أنّ الشاعر الأمريكي جون بيرمان John Allyn McAlpin Berryman (1914-1972) قد نجح بالانتحار بإلقاء نفسه من على جسر وهو بعمر السابعة والخمسين منهياً بذلك سلسلة الزيارات إلى المشافي نتيجة معاناته مع الاكتئاب وإدمان الكحول والتدخين المتواصل. (Jamison 1994: 12)

[167] دالي "مقاطعا": قبل أن تحدّثنا عن الشعراء، هلا ذكرت لنا بعض الأسماء من عالم الموسيقى؟

رجل الكهف: بكل سرور. وقبل أن نبتعد عن الموسيقى الكلاسيكية عليّ أن أشير إلى المؤلف الموسيقي وعازف البيانو الألماني لودفيغ فان بيتهوفن Ludwig van Beethoven (1770-1827) الذي توفي بعمر السادسة والخمسين، والذي كشف تشريح جثته عن تلفٍ كبيرٍ في الكبد عائدٌ إلى كثرة استهلاك الكحول. (Hershman 1988) ومواطنه المؤلف الموسيقي وقائد الأوركسترا أوتو كليمبيرر Otto Nossan Klemperer (1885-1973) الذي يعتبر أحد أعظم قائدي الأوركسترا في القرن العشرين. وكذلك المؤلف الموسيقي الإيطالي الذي يُعتبر أحد أهم المؤثرين في الأوبرا غايتانو دونيزيتي Domenico Gaetano Maria Donizetti (1797-1848).

[168] جيمي هاندركس James Marshall Hendrix (1942-1970) أحد أهم عازفي الغيتار الإلكتروني في التاريخ وأكثرهم تأثيرا، توفي بعمر السابعة والعشرين بعد حياةٍ عاشها في تعاطي المخدّرات والكحول والأدوية المنوّمة. ووصف معاناته مع ثنائي القطب في أغنية Manic Depression. كما إنّ

المغنية وكاتبة الأغاني البريطانية شارلن سورايا Charlene Soraia Santaniello Jones (1988- ) وصفت معاناتها مع اضطراب المزاج الدوري بأغنية تحمل اسم "Bipolar". وكذلك نشر مغني الراب وكاتب الأغاني الأمريكي كريز كاليكو Samuel William Christopher Watson IV (1974- ) أغنية تحمل اسم الاضطراب بعد تشخيصه بالإصابة به.

[169] المغني والفنان الأمريكي فرانك سيناترا Francis Albert Sinatra (1915-1998) الذي يعتبر أحد أكثر الفنانين تأثيرا وشعبية في القرن العشرين هو أيضاً من ضحايا اضطراب ثنائي القطب. (Summers 2006) وكذلك أوزي أوزبورن John Michael Osbourne (1948- ) المغني وكاتب الأغاني البريطاني الذي يلقبه البعض بالأب الروحي لموسيقى الهيفي ميتل. والمغني والعازف البريطاني آدم آنت Stuart Leslie Goddard (1945- ). (Owen 2011: 85.Q) والمغنية البريطانية كيري كاتونا Kerry Jayne Elizabeth Kay (1980- ). والمغنية وكاتبة الأغاني البريطانية بولي ستيرن Marianne Joan Elliott-Said (1957-2011) التي شُخصت خطأً بالفصام قبل أن تُشخص لاحقاً باضطراب ثنائي القطب.

[170] أحد أوائل الرواد في إنتاج موسيقى Dubstep الموسيقي البريطاني بينغا Adegbenga Adejumo (1986- ). وكذلك المغني، والعازف، وكاتب الأغاني البريطاني راي دافيس Sir Raymond Douglas Davies, CBE (1944- ). ودستي سبرينغفيلد Mary Isobel Catherine Bernadette O'Brien OBE (1939-1999) مغنية البوب والمنتجة البريطانية التي كانت تغيراتها المزاجية المرافقة لنوبات اضطراب ثنائي القطب واضحةً عليها منذ صغرها. لاحقاً، أثر إدمانها للكحول والمخدرات على حياتها المهنية، كما أُدخلت المشافي عدة مرات إثر نوبات من إيذاء النفس.

[171] ومن بريطانيا أخيراً المغنية وكاتبة الأغاني ايمي واينهاوس Amy Jade

Winehouse (1983-2011) التي توفيت بالتسمم الكحولي من الفودكا بعمر السابعة والعشرين. ولدينا عازف الجاز الأمريكي **أودين بوب** Odean Pope (1938- ). كما وأنّ المغنية وكاتبة الأغاني الامريكية **ماريا كيري** Mariah Carey (1970- ) تعاني من اضطراب ثنائي القطب الثاني. والمغني الأمريكي **مايكل أنجيلاكوس** Michael John Angelakos (1987- ) الذي شُخص بالإصابة باضطراب ثنائي القطب عندما كان بعمر السابعة عشرة. ومع أنه التزم العلاج إلا أنّ شدّة النوبات بقيت تؤثر سلباً على عمله وتتطلب أحياناً دخوله إلى المشفى.

[172] المغنية الأمريكية **بيث هارت** Beth Hart (1972- ) تعاني من اضطراب ثنائي القطب، كما عانت لمعظم حياتها منذ فترة المراهقة من إدمان المخدرات، ودخلت المصحات مرات عديدة، لكنها لم تتعاطَ أي شيء في السنوات الأخيرة وتحاول التعويض بالصلاة والروحانيات. بيث لا تتورع منذ سنوات عن الإشارة إلى معاناتها مع الإدمان واضطراب ثنائي القطب في مقابلاتها وفي الحفلات التي تقيمها لأنها تحاول كسر الوصمة من جهة، وتحاول حث الناس على طلب العلاج من الإدمان واضطراب ثنائي القطب من جهة أخرى.

[173] عازف الجاز الأمريكي **جاكو باستوريوس** John Francis Anthony Pastorius III (1951-1987) أدمن الكحول والمخدرات مما فاقم من معاناته مع اضطراب ثنائي القطب لينهي حياته متأثرا بإصاباتٍ بليغة تعرّض لها إثر خوضه مشاجرة وهو بعمر الخامسة والثلاثين. **وماكسيم بيميس** Maxim Bemis (1984- ) المغني، وكاتب الأغاني، والملحن، والعازف، والكاتب الأمريكي، لجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات -بشكلٍ أساسي تدخين الماريوانا- وعانى من نوبة هوسٍ أثناء تسجيله لألبوم **...Is a Real Boy**.

[174] المغني، وكاتب الأغاني، والملحن، والممثل الأمريكي **توم ويتس** Thomas

Alan Waits (1949- ). ومواطنه الموسيقي ديسكو د David Aaron Shayman (1980-2007) الذي تمكن منه اضطراب ثنائي القطب فشنق نفسه وهو بعمر السادسة والعشرين.

كما أثرت معاناة كاتب الأغاني، والمنتج، ومغني الراب الأمريكي **تشارلز هاملتون** Charles Eddie-Lee Hamilton, Jr. (1987- ) مع اضطراب ثنائي القطب على حياته الخاصة والمهنية موصلة إيّاه إلى مقاربة الانتحار. وهو قد أدمن الماريوانا والهيروين والفطر المهلوس قبل أن يخضع للعلاج ويتخلّص من الإدمان ومن اضطراب ثنائي القطب على حدّ سواء.

[175] المغنية، وكاتبة الأغاني، والممثلة، والملحنة الأمريكية **ديمي لوفاتو** Demetria Devonne Lovato (1992- ). وعازفة البيانو ومغنية الجاز والبلوز الأمريكية **نينا سيمون** Eunice Kathleen Waymon (1933-2003). كما إنّ مغني وعازف الكانتري الأمريكي **تشارلي برايد** Charley Frank Pride (1934- ) أشار إلى تشخيصه باضطراب ثنائي القطب في سيرته الذاتية Pride: The Charley Pride Story التي نُشرت عام 1994. (Pride) (1994

[176] المغني، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي **برايان ويلسون** Brian Douglas Wilson (1942- ) الذي يعتبره النقّاد أحد أكثر كاتبي الأغاني إبداعاً وأهميةً في أواخر القرن العشرين. **وماثيو سويت** Sidney Matthew Sweet (1964- ) مغني الروك، وكاتب الأغاني، والموسيقي الأمريكي. وكذلك مواطنته مغنية البوب **بريتني سبيرز** Britney Jean Spears (1981- ). كما إنّ المغني، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي الذي يعتبره بعض النقّاد أحد أعظم مغني الهيفي ميتل في التاريخ **سكوت ستاب** Anthony Scott Flippen (1973- ) لديه محاولات انتحار فاشلة.

[177] المغني، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي **سكوت وايلاند** Scott Richard

Weiland (1967-2015) أدمن الكحول ومختلف أنواع المخدرات إلى أن توفي بجرعة زائدة من الكوكائين والإيثانول بعمر الثامنة والأربعين. وبعمر الثامنة والأربعين توفي أيضاً مغني الميتال، كاتب الأغاني، والموسيقي الأمريكي بيتر ستيل Petrus Thomas Ratajczyk (1962-2010).

لكن بالمقابل، فإنّ كاتب الأغاني، المنتج، وعازف الميتال الكندي ديفن تاونسند Devin Garrett Townsend (1972- ) الذي يمكن ملاحظة جانبي ثنائي القطب في أغانيه قد أقلع عن تعاطي المخدّرات والكحول بل وحتى التدخين.

[178] المغني، كاتب الأغاني، العازف، والممثل الأمريكي بين مودي Benjamin Robert Moody (1981- ).

العازف الأمريكي بيتة وينتز Peter Lewis Kingston Wentz III (1979- ) يعالج من ثنائي القطب منذ عمر الثامنة عشر، وسبق أن قام بمحاولة انتحارٍ فاشلة بتعاطي جرعة دواء عالية.

[179] لكنّ العازف البريطاني فينسنت كرين Vincent Rodney Cheesman (1943-1989) نجح بالانتحار بجرعة مسكناتٍ عالية بعمر الخامسة والأربعين بعد خضوعه للعلاج في المصحات مرات عديدة.

وبعمر الخامسة والأربعين توفي المؤلف الموسيقي، العازف، ومغني البوب التشيكي بيتر موك Petr Muk (1956-2010) وكشف تشريح جثّته عن تعاطيه للكحول والأدوية.

[180] كما أنّ عازف ومغني البلوز الأمريكي سان كوستيللو Sean Costello (1979-2008) رفض العلاج ولجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي الهيروين وأدويةٍ متنوعة إلى أن توفي بجرعة زائدة قبل عيد ميلاده التاسع والعشرين بيوم واحد.

[181] ولدينا أيضا كاتبة الأغاني، العازفة، ومغنية الروك الأيرلندية دولوريس

أوريودان Dolores Mary Eileen O'Riordan (1971-2018).

ومن كندا أذكر لكما كاتب الأغاني، المغني، وعازف الروك ماثيو غوود Matthew Frederick Robert Good (1971- ). ومواطنه ستيفن بيج Steven Jay Page (1970- ).

[182] كاتب الأغاني، المغني، وعازف الروك الأمريكي راندي ميسنر Randy Meisner (1946- ) أحد مؤسسي فرقة Eagles لجأ إلى إساءة استخدام الكحول والمخدرات وكان ذا سلوكٍ انتحاري أحيانا، بل اقترب من الانتحار عدّة مرات، ولهذا فقد أُدخل المصحّات مرّات عديدة.

[183] ولا يمكنني المرور على موسيقى الروك دون أن أتحدّث عن كاتب الأغاني، العازف، والمغني الأمريكي كورت كوبين Kurt Donald Cobain (1967-1994) أحد مؤسسي فرقة نيرفانا، الذي شُخِّص باضطراب نقص الانتباه عندما كان طفلاً قبل أن يُشخَّص باضطرابٍ ثنائي القطب. بدأ كورت كوبين تدخين الماريوانا بعمر الثالثة عشر ليتطور الأمر لاحقاً ليتعاطى كلّ أنواع المخدرات القوية والمهلوسات واستنشاق المذيبات، والإسراف في شرب الكحول. حاول كوبين الانتحار بجرعة زائدة من المخدرات لكن تم إنقاذه. ثم حبس نفسه في غرفةٍ مع مخدّراتٍ وأسلحة فأحضرت زوجته الشرطة وتم إنقاذه للمرة الثانية، لكنه نجح بالانتحار بعد ذلك بشهر حيث تعاطى جرعة هيروين وديازيبام عالية ثم أطلق النار على نفسه بعد أن كتب رسالة انتحار وهو بعمر السابعة والعشرين. وبالمناسبة فقد سبق لإثنين من أعمامه الانتحار بأسلحةٍ ناريّة أيضا. (Owen 2011: Q.85)

[184] كورت كوبين كان سبباً لشهرة كاتب الأغاني والعازف الأمريكي دانيال جونستون Daniel Dale Johnston (1961- ) الذي يعاني هو الآخر من اضطراب ثنائي القطب بالإضافة إلى الفصام، ولأجل هذا فقد قضى أوقاتاً كبيرة من حياته في المصحات.

الكاتبة، المغنية، العازفة، وكاتبة الأغاني الأمريكية **كريستن هيرش** Martha Kristin Hersh (1966- ) عانت بشدّة في حياتها من عدّة اضطراباتٍ نفسيّة أوصلتها لمحاولة الانتحار. ونشرت مذكراتها عام 2010 التي تحدّثت فيها عن المعاناة التي بدأت بتشخيص اضطراب ثنائي القطب بعنوان *الفتاة الجرذ* والتي نُشرت في العام التالي بعنوان آخر هو *التعرية المتناقضة*. (Hersh 2010) و (Hersh 2011)

[185]**دالي** "مقاطعا": لقد قامت الرولنغ ستون عام 2012 بتقييم هذه المذكرات كثامن أعظم مذكراتٍ في تاريخ الروك.

**رجل الكهف**: هذا صحيح. وبمناسبة الإشارة إلى المذكرات، لقد تحدثت أيضا المغنية والممثلة الأمريكية **روزماري كلوني** Rosemary Clooney (1928-2002) عن معاناتها مع الاكتئاب والإدمان في كتابها فتاة مغنية*: سيرة ذاتية* الذي أصدرته قبل وفاتها بنحو عامين. (Clooney 1999)

وتحدّث أيضا الممثل، المخرج، المنتج، والكاتب الأمريكي الذي يعد من أكثر الممثلين إنتاجاً في القرن العشرين **بيرجس ميريديث** Oliver Burgess Meredith (1907-1997) عن صراعه العنيف مع اضطراب المزاج الدوري في مذكراته التي نشرها عام 1994 بعنوان So Far, So Good: A Memoir. (Meredith 1994)

[186] كما أنّ كاتب الأغاني، المغني، العازف، الممثل، والكاتب الأمريكي **كوري تايلور** Corey Todd Taylor (1973- ) أدمن الكحول واقترب من الانتحار كثيراً.

وكذلك اقتربت من الانتحار وادخلت المشافي مرات عديدة **كوني فرانسيس** Concetta Rosa Maria Franconero (1937- ) مغنية البوب الأمريكية التي أعاقها اضطراب ثنائي القطب عن العمل لسنوات.

[187] وأجبرت نوبات الاكتئاب الممثلة، المغنية، الكاتبة، والكوميدي البريطانية جين باري Jean Dudley (1931-2006) على دخول المشافي أكثر من مرّة. كما أنها أدمنت الكحول والمهدئات بالإضافة إلى المقامرة، وفي سنوات حياتها الأخيرة عانت من فقدان الذاكرة.

لوسيل "بدهشة": هل قلت الكوميدي؟ هل يمكن لمن يُعاني من اضطراب ثنائي القطب أن يكون مرحا؟

[188] رجل الكهف: بكل تأكيد. والأمثلة على ذلك أكثر من أن تحصى. فاستمعي إذن إلى بعض الأسماء التي لا بد أنها أضحكتك في السابق:

جيم كاري James Eugene Carrey (1962- ) الممثل الكوميدي، كاتب السيناريو، المنتج، والرسام الكندي الأمريكي.

الكاتب، الممثل، الكوميدي، والناشط البريطاني ديفيد وليامز David Edward Williams OBE (1971- ).

[189] الممثلة، المغنية، والكوميدي الامريكية جينيفر لويس Jenifer Jeanette Lewis (1957- ) خضعت للعلاج بعد تشخيصها بالإصابة باضطراب ثنائي القطب عام 1990.

الكاتب، الناشط، الممثل، والكوميدي البريطاني راسل براند Russell Edward Brand (1975- ) يعاني بالإضافة إلى اضطراب ثنائي القطب من اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة، النهام العصبي، إدمان للمواد الإباحية وإيذاءٍ للنفس. ولجأ إلى تعاطي أنواع مختلفة من المخدرات والمهلوسات.

[190] الكوميدي البريطاني ماكنزي تايلور Mackenzie Taylor (1978-2010) حاول الانتحار عام 2008 بجرعة مخدّرات عالية لكنه دخل في غيبوبة ولم تكلل محاولته بالنجاح. لكنه أعاد المحاولة بنجاح بعد عامين وهو بعمر الثانية والثلاثين.

الممثل، المخرج، المنتج، والكوميدي البلجيكي **بينويت بولفوردي** Benoît Poelvoorde (1964- ).

[191] الكوميدي ومقدم البرامج التلفزيونية الأمريكي **ديك كافيت** Richard Alva Cavett (1936- ) أثرت نوبات اضطراب ثنائي القطب على التزامه بعمله وتطلّبت معالجته من اضطراب ثنائي القطب استخدام مختلف طرق العلاج المتاحة بما فيها الصدمات الكهربائية.

الممثلة الأمريكية والستاند أب كوميدي **ماريا بامفورد** Maria Elizabeth Sheldon Bamford (1979- ) اشتهرت بالفكاهات التي تطلقها حول القلق والاكتئاب كما وتجسيدها الهزلي لمعاناتها ومعاناة أسرتها لاسيما وأنّها مصابة باضطراب ثنائي القطب الثاني بالإضافة إلى اضطراب الوسواس القهري.

[192] الكاتب، الناشط في حماية البيئة، الممثل، مقدم البرامج، الكوميدي، المغني، العازف، والمؤلف الموسيقي البريطاني **بيل أودي** William Edgar "Bill" Oddie OBE (1941- ) كانت نوبات اضطراب ثنائي القطب لديه تتطلب إدخاله إلى المشفى.

الكاتب، الناشط، الممثل، والكوميدي البريطاني **ستيفن فراي** Stephen John Fry (1957- ) رفض العلاج ولجأ إلى تعاطي المخدرات والكحول، بشكل أساسي الكوكائين والفودكا. لكن مرضه تفاقم ووصل إلى الهلوسة واقترب كثيرا من الانتحار. تغيّر تشخيصه عبر السنوات من اضطراب المزاج الدوري إلى اضطراب ثنائي القطب الأول.

[193] **لوسيل** "مقاطعة": إنّه أحد أكثر الوجوه البريطانية شهرةً في عصره.

**رجل الكهف:** ستيفن فراي صور فلماً وثائقياً حاز على جائزة ايمي بعنوان *ستيفن فراي: الحياة السرية للهوس الاكتئابي* شرح فيه معاناته مع ثنائي القطب وقام بمقابلاتٍ مع مشاهير وأشخاص يعانون من هذا الاضطراب، كما

والعديد من الأطباء ذوي الاختصاص. (Fry 2006) أتبعه بعد عشر سنوات بفلم آخر حمل عنوان *الحياة الغير سرية كثيرا للهوس الاكتئابي* حاول أن يسلّط فيه الضوء على ما حصل من تغيير في هذه السنوات العشر. (Fry 2016)

ليس هذا فحسب، بل إنّه قد نشر سيرته الذاتية في ثلاثة أجزاء لفت نظري منها الجزء الأخير الذي قام فيه بنوع من الحساب الذاتي، بل الجلد الذاتي، إن صحّ التعبير، مراجعا فيها القسمين الأولين بمزيد من الصراحة إضافة إلى الفترة التي أدمن فيها الكحول والمخدرات القوية. (Fry 2004) و (Fry 2010) و (Fry 2014)

[194] وكان من بين الذين قابلهم ستيفن فراي في فلمه الأول صديقه الكوميدي البريطاني **توني سلاتري** Tony Declan James Slattery (1959- ) الذي وصل به إدمانه للكوكائين في عام 1996 درجة كان ينفق فيها نحو أربعة آلاف جنيه إسترليني في الأسبوع على الكوكائين. ثم دخل في اكتئاب حاد أدّى به لأن يحبس نفسه لأشهر طويلة ولم يخرج من تلك الحالة إلّا عندما كسر الباب عليه أحد أصدقائه وأخذه إلى المشفى قسرا.

[195] كما أنّه قابل **ريتشارد درايفوس** Richard Stephen Dreyfuss (1947- ) الممثل الأمريكي الذي يعاني بالإضافة إلى ثنائي القطب من قلق واضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة. ولجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي الكوكائين ثم خضع للعلاج بالليثيوم لمدّة ثلاثٍ وعشرين سنة.

كما قابل الممثلة والكاتبة الأمريكية **كاري فيشر** Carrie Frances Fisher (1956-2016) التي عانت من نوبات هوسٍ قوية ولجأت إلى تعاطي الكوكائين ومخدّرات أخرى كما وأدوية مسكنة قوية. (Owen 2011: Q.85)

[196]**الوسيل:** كاري فيشر هي التي اشتهرت بدور الأميرة ليا في سلسلة حرب النجوم. أليس كذلك؟

**رجل الكهف:** صحيحٌ تماما. وبالمناسبة هي ناشطةٌ في الدفاع عن حقوق المرأة وحقوق المثليين وحقوق الحيوان وعضوة فخرية في مؤسسة ثنائي القطب العالمية ومساهمة حتّى ماديا في دعم منظمات متعددة ومراكز أبحاث للإيدز. (International Bipolar Foundation)

[197] كما كانت نوبات الهوس والاكتئاب ظاهرةً بوضوحٍ على ممثل السينما والتلفزيون والستاند أب كوميدي الأمريكي **روبن وليامز** Robin McLaurin Williams (1951-2014) ولذلك لجأ إلى إدمان الكوكائين والكحول وعولج من ذلك مرتين قبل أن يتفاقم مرضه ليُشخص بالشلل الارتعاشي وخرف جسيمات ليوي مما أدى إلى تفاقم نوبات الاكتئاب، الخوف، القلق، الأرق وأمراض عضوية أخرى ثم وصل به الأمر إلى جنون العظمة، الأوهام، فقدان الذاكرة وعدم القدرة على النوم. كان يقول: "أريد فقط إعادة تشغيل دماغي" لكن المسكين لم يستطع ذلك فشنق نفسه بعمر الثالثة والستين.

**دافي:** لقد قال الكوميدي ستيفن فراي في الحديث عن أحد عروض روبن وليامز: "لقد كان أكثر إضحاكاً من اجتماع كل الكوميديين في تاريخ البشرية سوية. لم يكن مجرّد مضحك، بل كان هو الإضحاك بذاته. وبعد أن نزل عن المسرح مبتلاً بعرقه قيل له في غرفة تبديل الملابس: روبن، لقد جعلت لتوك ثلاثة آلاف شخص أسعد من أي وقت مضى في حيواتهم. فأجاب روبن بحزن: إنّه من الجنون أنّني لا أستطيع أن أجعل نفسي سعيداً". (Fry 2014)

[198] **لوسيل** "بعيون دامعة": هذا يفطر الفؤاد.

**رجل الكهف:** وإذا كان ستيفن فراي يعتبر روبن وليامز أكثر إضحاكاً من اجتماع جميع الكوميديين في التاريخ، فإنّ الأخير كان يعتبر الفنان، الكاتب، الممثل والكوميدي الأمريكي **جوناثان وينترز** Jonathan Harshman Winters III (1925-2013) قدوة له، لدرجة أنه كان يعتبره بوذا الكوميديا

بالنسبة له. لكن من سخرية القدر أن جوناثان وينترز كان يعاني أيضا بشدة من نوبات انهيار عصبي بجانب معاناته من نوبات اضطراب ثنائي القطب، مما كان يتطلب إدخاله إلى المستشفيات التي كان يقضي فيها أشهراً طويلة في بعض الأحيان.

**دالي** "بحماس": من عجيب الصدف أنّ كل هؤلاء الكوميديين العظام مصابون بنفس الاضطراب النفسي. لكن بما أنّك أشرت إلى ممثلي هوليود هل لك أن تعطينا بعض الأسماء الأخرى؟

[199] **رجل الكهف**: يمكنني إضافة الكثير من الأسماء بدءاً من إحدى أكبر النجمات في تاريخ سينما هوليود، الممثلة البريطانية **فيفيان لي** Vivien Leigh (1913-1967). (Owen 2011: Q.85).

**لوسيل** "مقاطعة": فيفيان لي حازت على جائزة الأوسكار عن دورها سكارليت أوهارا في *ذهب مع الريح*.

[200] **رجل الكهف**: بالضبط، ورغم أنّها عانت بشدة من نوبات اضطراب ثنائي القطب إلا أنّ هذه لم تكن الأوسكار الوحيدة لها.

حالها كحال الممثل والمخرج الأمريكي **ميل غيبسون** Mel Colmcille Gerard Gibson AO (1956- ) الذي بدأ شرب الكحول بعمر الثانية عشرة وسبب له إدمانه للكحول بالإضافة إلى اضطراب ثنائي القطب مشاكل قانونية عديدة.

[201] الممثل، المخرج، وبطل الفنون القتالية البلجيكي **جون كلود فان دام** Jean-Claude Camille François Van Varenberg (1960- ) يعاني من اضطراب ثنائي القطب مع دورانٍ سريع. لجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات والكحول، وفي أواسط تسعينات القرن العشرين كان ينفق حوالي عشرة آلاف دولار أمريكي في الأسبوع ثمنا للكوكائين مستهلكاً منه نحو عشر

غرامات يومياً. وكما يمكنكما أن تتوقعا، فإن إدمانه كان مترافقاً مع نوبات اضطراب ثنائي القطب أوقعاه في مشاكل قانونية عديدة إلى أن انقطع عن التعاطي وبدأ رحلة العلاج عام 1998. (Bloch 2006: 47)

وكذلك عانت بشدّة من اضطراب ثنائي القطب قبل أن تبدأ رحلة العلاج وهي في الأربعين من العمر الممثلة الأمريكية **ليندا هاملتون Linda Carroll Hamilton** (1956- ) التي اشتهرت بدور سارة كونور في سلسلة Terminator.

[202] **باتي ديوك Anna Marie Duke** (1946-2016) الممثلة الأمريكية التي بدأت بحصد الجوائز العالمية منذ أن كانت في السادسة عشرة من عمرها، بدأت القيام بحملات توعيةٍ عن الاضطرابات النفسية منذ تشخيصها بالإصابة باضطراب ثنائي القطب عام 1982. ونشرت مذكراتها عن صراعها مع اضطراب ثنائي القطب عام 1992 بعنوان *الجنون المتألق: الحياة مع مرض الهوس الاكتئابي*. (Duke 1994)

الممثلة الأمريكية **كيم نوفاك Marilyn Pauline "Kim" Novak** (1933- ) عانت بشدة من الاكتئاب قبل أن تشخص باضطراب ثنائي القطب وتبدأ رحلة العلاج.

[203] الممثلة الكندية الأمريكية، الناشطة السياسية، والناشطة في حماية البيئة وضد الحرب **مارغوت كيدر Margaret Ruth "Margot" Kidder** (1948- ) عانت عام 1996 من نوبة هوس تطلبت إدخالها المشفى.

أسست الممثلة الأمريكية **ماريت هارتلي Mary Loretta "Mariette" Hartley** (1940- ) *المؤسسة الأمريكية للوقاية من الانتحار* ذلك لأن والدها قد أنهى حياته بالانتحار. وقد تحدثت عن معاناتها هي واسرتها في سيرتها الذاتية *كسر حاجز الصمت* التي نشرتها عام 1990. (Bloch 1990)

[204] الممثل الأمريكي **لي تومبسون يونغ Lee Thompson Young** (1984-

2013) خضع للعلاج من اضطراب ثنائي القطب لكنه انتحر بإطلاق النار على نفسه وهو في نوبة اكتئاب حاد وهو بعمر التاسعة والعشرين.

الممثل الأمريكي **موريس بينارد** Maurice Benard (1963- ) شخص بالإصابة باضطراب ثنائي القطب عندما كان في الثانية والعشرين من العمر.

[205] الممثل الأمريكي **ديفيد ستريكلاند** David Gordon Strickland, Jr. (1969-1999) لجأ إلى تعاطي المخدرات وانتحر شنقا عن عمر التاسعة والعشرين عاماً في غرفةٍ في أحد فنادق لاس فيغاس بعد أن شرب كمية من البيرة وتعاطى بعض المخدرات.

الممثل البريطاني **جيرمي بريت** Peter Jeremy William Huggins (1933-1995) الذي اشتهر بدور المحقق شارلوك هولمز. كانت معاناته قوية مع اضطراب ثنائي القطب وعولج بالليثيوم الذي كان ذا آثار جانبية سيئة جداً عليه، لذلك بقي يعاني ويدخل المستشفيات طلبا للعلاج حتّى آخر حياته.

[206] الممثلة والمغنية الأمريكية **مارلين مونرو** Norma Jeane Mortenson (1926-1962) توفيت بعمر السادسة والثلاثين بجرعة مهدّئات عالية. ومن غير المؤكد إن كان في نيتها الانتحار أم أنّ الوفاة حصلت بالخطأ.

[207]**دللي** "بحزن": يبدو أنّ الجمال والشهرة العالمية لا يكفيان لتحقيق السعادة في هذه الحياة.

**رجل الكهف**: بكلّ تأكيد يا صديقي، فمثلا الممثلة الأمريكية **جين تيرني** Gene Eliza Tierney (1920-1991) لم يكن جمالها الذي اشتهرت به كافياً كي يمنحها حياة سعيدة أيضا. فقد أعاقتها نوبات الهوس عن الالتزام بأعمالها. ولسوء حظها فإن جلسات العلاج بالصدمات الكهربائية كانت ذا آثار سلبية عليها، وبدأ رحلة معاناةٍ مع نوبات الاكتئاب لدرجة أنّها وصلت إلى محاولة انتحارٍ وُضعت على إثرها في دار الرعاية نحو عام. ولقد تحدثت عن معاناتها

هذه في سيرتها الذاتية Self-portrait. (Tierney 1979)

الموديل الأمريكية الفلبينية **هيلينا بيلمونت** Helena Gerard Belmonte (1986-2014) قفزت من الطابق الثامن والعشرين منهيةً بذلك ثمانية وعشرين عاما من الصراع مع اضطراب اثنائي القطب.

[208] أوّل عارضة أزياء أمريكية من أصولٍ إفريقية والتي أصابت شهرةً عالميةً منذ صباها المبكر **نعومي سيمس** Naomi Ruth Sims (1948-2009) رغم أنها أُدخلت المشافي عدّة مرات بسبب نوبات اضطراب ثنائي القطب الشديدة، إلا أنها كانت تعتبر الأمر سرّاً مما فاقم من معاناتها.

الممثلة والموديل الأمريكية **رينيه روسو** Rene Marie Russo (1954- ).

[209] الممثلة الويلزية **كاترين زيتا جونز** Catherine Zeta-Jones CBE (1969- ) تعاني من ثنائي القطب الثاني.

الممثلة ومقدمة البرامج التلفزيونية البريطانية **هيلين فلاناغان** Helen Joyce Gabriel Flanagan (1990- ) رغم أنّها قد صنفت عام 2013 كإحدى أكثر فتيات بريطانيا جاذبيةً، إلا أنّ تلك الجاذبية المفرطة تخبئ داخلها صراعا مريرا مع القلق والاكتئاب. وهي تُعالج من اضطراب ثنائي القطب كما واضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة.

[210] ومن بريطانيا لدينا أيضا المغنية، كاتبة الأغاني، ومقدّمة البرامج التلفزيونية **ليلي آلن** Lily Rose Beatrice Cooper (1985- ) التي عانت بجانب اضطراب ثنائي القطب من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

كما تحدثت مواطنتها الممثلة **نيكولا باغت** Nicola Pagett (1945- ) عن تجربتها مع اضطراب ثنائي القطب في كتاب *الماس خلف عيني*. (Pagett 1998)

[211] المغنية، كاتبة الأغاني، المنتجة، والمخرجة الأسترالية **سيا فورلر** Sia Kate Isobelle Furler (1975- ) تعاني من إدمان الكحول والمسكنات بجانب

معاناتها من نوبات الاكتئاب الحاد التي أوصلتها مرة للانتحار، فكتبت رسالة الانتحار لكنّها تراجعت في اللحظة الأخيرة لحسن الحظ.

ولدينا المغنية، العازفة، الشاعرة، كاتبة الأغاني، والممثلة الأمريكية اميلي أوتم Emilie Autumn Liddell (1979- ).

[212] كما إنّ الممثلة الأسترالية جيسيكا ماريز Jessica Dominique Marais (1985- ) شخصت بالإصابة باضطراب ثنائي القطب منذ الثانية عشر من عمرها.

الفنانة الأمريكية هيلمي يوفونان Helmi Dagmar Juvonen (1903-1985) قضت ثلاث سنوات في المشفى عقِب تشخيصها باضطراب ثنائي القطب عام 1930.

[213] المغنية وكاتبة الأغاني الأمريكية هاسلي Ashley Nicolette Frangipane (1994- ) بدأت بعد تعافيها من محاولة انتحارٍ فاشلة بنشر التوعية لمنع الانتحار. ولأنّها تعرضت للاغتصاب فهي تعمل أيضا في نشر التوعية والدّفاع عن ضحايا الاغتصاب.

كذلك فعلت بطلة المصارعة الأمريكية آ ج ليي April Jeanette Mendez (1987- ) التي حاولت الانتحار بتعاطي جرعة عالية من المسكنات ومضادات الاكتئاب، لكن لحسن الحظ لم تكن الجرعة كافية لقتلها، فالتزمت العلاج وأصبحت ناشطةً في مجال الرفق بالحيوان ونشر التوعية بالاضطرابات النفسية.

[214]دللي "بتعجب": أبريل جانيت منديز مصابةٌ باضطراب ثنائي القطب أيضا! لقد كنت أعتقد أن العقل السليم في الجسم السليم.

رجل الكهف "ساخرا": فعلا، لقد أثبت ستيفن هوكينغ ذلك، أليس كذلك؟

[215]دللي "بخجل": إذن هذه حكمة بلا معنى.

**رجل الكهف**: كمعظم ما لُقنّاه في صغرنا يا صديقي. (انظر Prince, *et al.* 2007) إليك بعض النماذج من أكمل الناس صحة بدنية لكنهم مصابون باضطراب ثنائي القطب لأثبت لك أن الجسم الرياضي المثالي لا يتضمن بالضرورة دماغاً يعمل بشكل مثالي:

**فرانك برونو** Franklin Roy "Frank" Bruno, MBE (1961- ) أحد أنجح الملاكمين البريطانيين في التاريخ، حيث فاز بخمسة وثمانين بالمئة من جميع المبارزات التي خاضها في حياته. بدأ علاجاً ذاتياً بتعاطي الكوكائين عام 2000، بعدها بثلاثة أعوام عانى من نوبة اكتئاب حاد استمرت عدة أشهر تطلبت إدخاله إلى المشفى، وهو يعالج منذ عام 2005 بالليثيوم. (Owen (85.Q :2011

[216] بطل المصارعة الأمريكي **كريس كانيون** Christopher Morgan Klucsarits (1970-2010) تمكّن منه الاضطراب، فكتب رسالة اعتذارٍ لعائلته وانتحر بجرعة مضاد اكتئابٍ عالية وهو بعمر الأربعين سنة.

**دوغ هارفي** Douglas Norman Harvey (1924-1989) الذي يعدّ واحداً من أفضل وأنجح لاعبي الهوكي الكنديين في التاريخ.

[217] **جون كونرادز** John Konrads (1942- ) بطل السباحة الأسترالي الذي حقق 26 رقم قياسي عالمي خلال مسيرته المهنية.

الطبيبة وبطلة التزلّج على الجليد الأمريكية **ديبي توماس** Debra Janine Thomas (1967- ) لم تساعدها شهرتها والميداليات التي حصدتها في ثمانيات القرن العشرين على أن تحظى بحياة رغيدة لاحقا. فإنها لم تستطع أن تبني مسيرة مهنية ناجحة، لا ولا أن تحظى بحياة عائلية مستقرة وذلك أوصلها إلى الفقر المدقع.

[218] لاعب كرة القدم البريطاني **بول غاسكوين** Paul John Gascoigne (1976- ) عانى بالإضافة لاضطراب ثنائي القطب، من اضطراب الوسواس

القهري، والنهام عصبي. ولهذا لجأ إلى إدمان الكحول والكوكائين والتدخين المتواصل، وبطبيعة الحالة فقد أُدخل المصحّات مرات عديدة.

وكتبت العداءة الأمريكية **سوزي فايفر هاملتون** Suzy Favor Hamilton (1968- ) عن حياتها مع اضطراب ثنائي القطب في سيرتها الذاتية *فتاة سريعة: حياة قضيت في الهروب من الجنون* التي نشرتها عام 2015. (2015 Hamilton)

[219] لاعب الرغبي الأسترالي **تيم سميث** Timothy Aiden Smith (1985- ) رغم دخوله برنامج إعادة تأهيل عام 2008 إلا أن ذلك لم يكن كافياً ليحافظ على استمرار مسيرته المهنية.

كما إنّ زميله الحائز على جوائز عديدة **أندرو جونز** Andrew Gary Johns (1974- ) لجأ إلى تعاطي المخدرات والإكستاسي في محاولة للتحكم بنوبات اضطراب ثنائي القطب مما أوقعه في مشاكل قانونية عديدة.

[220] سائق سباقات السيارات الأمريكي **شين هميل** Shane Hmiel (1980- ) بدأ بتدخين الماريوانا بشكل يومي منذ عمر الثانية عشرة كما لجأ إلى تعاطي الكوكائين قبل أن يدخل المصح ليُشخص باضطراب ثنائي القطب الثاني.

لاعب الغولف **بيرت يانسي** Albert Winsborough Yancey (1938-1994) عانى بشدّةٍ من اضطراب ثنائي القطب مما اضطره للإقامة في المشفى تسعة أشهر، وعولج لاحقاً بالليثيوم الذي سببّ له ارتعاشا باليدين مما أجبره على اعتزال مهنته. فاستثمر وقته بالنشاط في التوعية بالاضطرابات النفسية ومساعدة المصابين بها.

[221] وإذا انتقلت بكما إلى ملاعب كرة القدم الأمريكية فهناك العديد من الأسماء أيضا، ف**تشارلز هالي** Charles Lewis Haley (1964- ) التزم العلاج منذ تشخيصه بالإصابة باضطراب ثنائي القطب.

وذلك على عكس **باريت روبنز** Barret Glen Robbins (1973- ) الذي

قضى على حياته المهنية برفضه الخضوع للعلاج والقيام عوضاً عن ذلك بمحاولة التحكم بنوبات اضطراب ثنائي القطب عن طريق تعاطي الكحول، الكوكائين، الماريوانا، والمنشطات. ولهذا السبب فقد قضى أكثر من عقدٍ من الزمن متنقلا بين السجون والمصحات.

[222] وكذلك أدمن المخدرات جوني مانزيل Johnathan Paul Manziel (1992- ).

ديميتريوس اندروود Dimitrius Underwood (1977- ) لديه محاولات انتحار وادخل المشافي عدة مرات مما أثّر سلباً على حياته المهنية.

زميل ديمتريوس اندروود، أولنزو سبيلمان Alonzo Robert Spellman (1971- ) رفض العلاج ولجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات والكحول وسبّب له إدمانه بالإضافة إلى نوبات الهوس مشاكل قانونية كثيرة.

[223] **لوسيل:** أخبرنا بإحداها أرجوك. أريد أن أرى ماذا يمكن تفعل نوبة الهوس.

**رجل الكهف:** لك ذلك. سأذكر لكما إحدى نوبات الهوس التي أصابته وهو على متن رحلةٍ جوية عام 2002. وباختصار، فإنّه قد توهّم أنّ الطائرة ستتحطم وبدأ بالصراخ قائلا إنّ الرب لا يريد لهم أن يصلوا إلى وجهتهم فيلادلفيا ولذلك فإنّ الطائرة ستتحطم حتما بطريقة ما. ويمكنكما تخيل هلعه وهو موقن تمام اليقين بما يتفوه به. ذلك حصل بعد عشرة أشهر فقط من أحداث الحادي عشر من أيلول/سبتمبر، ولذلك فقد تسبّب هلعه بفوضى خرجت عن السيطرة لدرجة أن الرحلة الجوية اضطرت للقيام بهبوط اضطراري كي يتم تسليمه إلى طاقمٍ طبي.

[224] **لوسيل:** هذا مرعبٌ حقا. لكن هلا نقلتنا من الأشخاص ذوي الأجساد الرائعة إلى أولئك ذوي الأدمغة الرائعة من فضلك؟

**رجل الكهف:** بكلّ سرور. ولديّ بعض الأسماء التي لا أحد يشك في أنّ أدمغتهم

كانت استثنائية، وربما فإن جزءاً من تلك الاستثنائية المستحقة نابعٌ من حقيقة أنّ هذه الأدمغة مصابةٌ بثنائي القطب.

[225]دالي "بشغف": جميلٌ جدا. هات ما عندك.

**رجل الكهف:** سأبدأ لكما القائمة بأحد أعظم الأدمغة على الإطلاق، رجلٌ لا يحتاج إلى تعريف وهو **إسحق نيوتن** Sir Isaac Newton PRS (1643-1727) أحد أهمّ العلماء المؤثرين في تاريخ الإنسانية. (جاميسون 2008: 21)

وبما أني بدأت القائمة من بريطانيا فإنه يسرني إعلامكما أن المملكة المتحدة لديها قائمة رفيعة المستوى، فهي تضم مثلا أحد أهم علماء البيولوجيا التطورية **جوليان هكسلي** Sir Julian Sorell Huxley FRS (1887-1975) الذي شغل أيضا مناصب هامةً منها الرئيس الأول لليونيسكو والرئيس الأول للرابطة البريطانية الإنسانية.

[226] ولا مناص من أن يتصدّر قائمة الأدباء أحد أبرز وجوه الأدب الإنكليزي **تشارلز ديكنز** Charles John Huffam Dickens (1812-1870) الذي يُعده بعض النقّاد أهم روائي في العصر الفيكتوري.

ولا يقلّ عنه أهمية الروائي **غراهام غرين** Henry Graham Greene OM CH (1904-1991) الذي يعتبره بعض النقاد أحد أعظم الكُتاب في القرن العشرين. (Edwards 2015: 01) و (Sherry 2005: 525)

[227] وكذلك مواطنتهما **أجاثا كريستي** Dame Agatha Mary Clarissa Christie, Lady Mallowan, DBE (1890-1976) التي اشتهرت قصصها البوليسية عالمياً.

الكاتبة والروائية البريطانية **فيرجينيا وولف** Adeline Virginia Woolf (1882-1941) بدأت معاناتها مع اضطراب ثنائي القطب منذ عمر الثالثة عشرة، وقضت بعض الأوقات في دار الرعاية لكن معاناتها استمرت معها طيلة

حياتها التي أنهتها بإغراق نفسها في نهر اوس القريب من منزلها وهي بعمر التاسعة والخمسين. (Owen 2011: 85.Q) و (Bond 2010)

[228] عانى الكاتب، الشاعر، الكوميدي، الممثل، وكاتب المسرحيات البريطاني الإيرلندي **سبايك ميليغان** Terence Alan Milligan, KBE (1918-2002) من نوبات اضطراب ثنائي القطب معظم حياته واضطرّ إلى دخول المشافي مرارا. كما تحدّث عن معاناته مع نوبات اضطراب ثنائي القطب الحادة التي استمرّ بعضها أكثر من عامٍ في كتاب *الاكتئاب وكيف تنجو منه* الذي صدرت طبعته الأولى عام 1993. (Milligan 1999)

وكذلك تحدّث **توم فليتشر** Thomas Michael Fletcher (1985- ) كاتب قصص الأطفال، كاتب الأغاني، العازف، والمغني البريطاني عن معاناته مع اضطراب ثنائي القطب واضطراب الأكل في السيرة الذاتية المشتركة مع آخرين McFly -Unsaid Things...Our Story. (Fletcher 2012)

[229] الشاعر البريطاني **كريستوفر سمارت** Christopher Smart (1722-1771) أُجبر على قضاء سنواتٍ من حياته في مشفى الأمراض النفسية وأنهى حياته البائسة معوزا وهو في السجن.

**ستيوارت ساثرلاند** Stuart Sutherland (1927-1998) الكاتب والطبيب النفسي البريطاني، والمحاضر في جامعة أوكسفورد كتب عن معاناته مع ثنائي القطب في كتابه *انهيار: أزمة شخصية ومعضلة طبية* الذي نشره عام 1976. (Sutherland 2010)

[230] الطبيبة الجراحة والكاتبة البريطانية **ليز ميلر** Elizabeth Sinclair Miller (1957- ) ناشطة في التوعية بالأمراض النفسية وبخاصّة اضطراب ثنائي القطب الذي تعاني منه.

الأكاديمي البارز، الشاعر، والكاتب البريطاني **آرثر كريستوفر بينسون** Arthur Christopher Benson (1826-1925).

[231] الروائي والكاتب البريطاني **آلان غارنر** Alan Garner OBE (1934- ) تحدّث عن تجربته مع اضطراب ثنائي القطب في كتابه *الصوت الذي أرعد* الصادر عام 1997. (Garner 1997)

ولا يمكننا مغادرة بريطانيا دون ذِكر أحد أهمّ رواد الحركة الرومانتيكية، الشاعر **لورد بايرون** George Gordon Byron, 6th Baron Byron FRS (1788-1824) الذي أصاب شهرةً عالميّة رغم حياته القصيرة ذات الستة والثلاثين عاما. ولعلّ انعكاس وجهي اضطراب ثنائي القطب على أشعاره كلن سببا في تتويجه كأحد أعظم الشعراء في تاريخ بريطانيا. (جاميسون 2008: 21)

[232] لكن لورد بايرون لم يؤثّر في التراث الإنساني بواسطة أشعاره فحسب، لكن عن طريق تمرير جينات عبقريته إلى ابنته الكاتبة وعالمة الرياضيات **آدا لوفلايس** Augusta Ada King-Noel, Countess of Lovelace (1815-1852) التي تلقّب بأول مبرمجة حواسيب في التاريخ. لكن لسوء حظها، فإنها قد ورثت عن أبيها اضطراب ثنائي القطب، وتوفيت أيضاً عن عمر السادسة والثلاثين، تماما كوالدها. (Padua 2015) و (Jamison 1993: 12)

وكذلك أثّر اضطراب ثنائي القطب بوضوحٍ على أشعار أحد أكثر الشعراء الأمريكيين تأثيراً في القرن العشرين الشاعر، الكاتب، والمدرس الجامعي **ثيودور رويثك** Theodore Huebner Roethke (1908-1963). (ibid.)

[233] كما إنّ مواطنته الشاعرة **آن سيكستون** Anne Sexton (1928-1974) عكست حياتها الخاصّة وصراعها مع الاكتئاب وتقلّبات المزاج في أعمالها التي لم تتورع فيها حتّى عن ذكر هواجسها الانتحارية. وبعد محاولاتٍ فاشلةٍ للانتحار، لم تنجح محاولتها الأخيرة إلا مرتبطة بآخر دواوينها. وكأنها أرادت لأعمالها أن تمثّل انعكاساً مثالياً وصادقاً ليس لحياتها فحسب، بل وأيضا لوفاتها. فبعد غداء مع الناشر تضمن مراجعة ما قبل النشر لمخطوطتها

*التجديف المريع نحو الإله* قامت فعلاً بالتجديف نحو الإله. إذ إنّها فور عودتها إلى المنزل، لبست معطفاً من الفرو، خلعت خواتمها، شربت كأساً من الفودكا، ثم دخلت المرآب وأدارت سيارتها إلى أن توفيت بسلام تسمماً بأول أكسيد الكربون وهي بعمر الخامسة والأربعين. (ibid.)

وكذلك فعلت صديقتها الشاعرة والروائية الأمريكية **سيلفيا بلاث** Sylvia Plath (1963-1932) التي عانت كل حياتها من الاكتئاب الحاد وحاولت الانتحار مراراً إلى أن نجحت وهي بعمر الثلاثين سنة رغم أنّها قد عولجت بالصدمات الكهربائية وكانت تحت الرعاية معظم حياتها.

[234] **دالي:** كنت أعتقد أن سيلفيا بلاث مصابة بالاكتئاب أحادي القطب وليس ثنائي القطب؟

**رجل الكهف:** ذلك هو التشخيص الذي حصلت عليه. لكن يرى البعض من خلال أحد تصريحاتها أنها مصابة باضطراب ثنائي القطب الثاني. على أي حال، أيًا يكن التشخيص الصحيح، فإنه يمكن القول بكل أسفٍ أن سيلفيا بلاث قضت حياتها وهي تفكر بالموت وتحاول الوصول إليه فقط.

[235] **لوسيل** "بعيون دامعة": هذا مثيرٌ للشفقة.

**رجل الكهف:** هناك الكثير من الأدباء المثيرين للشفقة. فقد انتهت حياة أحد أهمّ أعمدة الأدب الأمريكي والحركة الرومانتيكية، أحد المساهمين الأوائل في الخيال العلمي والقصة القصيرة، مؤسس الخيال البوليسي، الكاتب، الشاعر، والناقد الأدبي الأمريكي **إدغار آلان بو** Edgar Allan Poe (1849-1809) بطريقةٍ مثيرة للشفقة فعلا. حيث وُجد في الشارع في نوبة هذيان وهو يرتدي ملابس ليست له. تمّ إسعافه إلى المشفى لكن النوبة لم تخف، وتوفي بعد عدّة أيام بعمر الأربعين سنة.

[236] وإن كان البعض يرى الشاعر إدغار آلان بو مصاباً باضطراب ثنائي القطب

رغم أنّه لم يحصل على هذا التشخيص في حياته، فإنّ الشاعر الأمريكي **روبرت لويل** Robert Traill Spence Lowell IV (1917-1977) قد نال شرف الحصول على تشخيص اضطراب ثنائي القطب. وأقام في مراكز العلاج مراراً. وإنّ قصيدته ***الاستيقاظ في الكآبة*** تعكس إحدى إقاماته تلك. كما أنّه قضى آخر عشر سنوات من حياته يعالج بالليثيوم. (ibid.)

أحد أكثر شعراء الدنمارك تأثيرا في عصر ما بعد الحداثة، الشاعر **ميكيل سترونغ** Michael Strunge Jensen (1958-1986) أنهى حياته بالقفز من الطابق الرابع وهو في نوبة هوس وهو بعمر الثامنة والعشرين فقط تاركاً أعمالاً أصبحت أكثر الأعمال الشعرية تدريساً في الدنمارك حتّى اليوم.

[237] الكاتب، الناقد الأدبي، الأستاذ الجامعي، مستشار الشعر في مكتبة الكونغرس، الروائي والشاعر الأمريكي **راندال جاريل** Randall Jarrell (1914-1965) عانى بشدّة في حياته من اضطراب ثنائي القطب، ودخل المشافي مراراً، كما كان لديه محاولات انتحار إلى أن توفي دهساً في حادث سيرٍ بعمر الواحدة والخمسين عاما. ومن غير المؤكد إن كان ذلك محاولة انتحارٍ من قبله أم حدث بشكلٍ غير مقصود. (ibid.)

الشاعر والكاتب الأمريكي **ديلمور شفارتز** Delmore Schwartz (1913-1966) دمّره اضطراب ثنائي القطب كما وإدمانه على الكحول إلى أن توفي في عزلته وهو بعمر الثانية والخمسين. (ibid.)

[238] وكذلك أدمن الكحول والكوكائين كاتب قصص الأطفال الكندي الأمريكي الذي حصد جوائز عديدة وحققت كتبه أعلى المبيعات **روبرت منش** Robert Norman Munsch, CM (1945- ) الذي يعاني بجانب اضطراب ثنائي القطب من اضطراب الوسواس القهري.

أحد أعمدة الأدب في القرن العشرين الصحفي والروائي الأمريكي الحائز على جائزة نوبل **إرنست هيمينغوي** Ernest Miller Hemingway (1899-

1961) انتحر بوضع بندقيته في فمه وهو بعمر الواحدة والستين. ولم يكن المنتحر الوحيد في العائلة، فوالده، أخوه، أخته، وحفيدته أنهوا حيواتهم بالانتحار أيضا. (Thakkar 2006: 15)

أبو الأدب الأمريكي، الكاتب الساخر **مارك توين** Samuel Langhorne Clemens (1835-1910). (جاميسون 2008: 21)

[239]**لوسيل** "مقاطعة": يا إلهي. هذه فعلا أسماء عظيمة. لكن بعيدا عن الأدب لقد تذكرت للتو أنّ المغني الأمريكي **نيك ترانيا** Nick Traina (1978-1997) كان مصابا باضطراب ثنائي القطب.

**رجل الكهف:** هذه هي المرّة الثانية التي لا تبتعدين فيها عن الحقل الذي تتجول فيه. لأنّ نيك ترانيا هو في الحقيقة ابن الكاتبة والروائية الامريكية غزيرة الإنتاج **دانيال ستيل** Danielle Fernandes Dominique Schuelein-Steel (1947- ) صاحبة الروايات الأكثر مبيعاً في العالم. وفي الواقع، فإن نيك قد أدمن المخدرات ودخل المشافي مرّات عديدة في حياته القصيرة ذات التسعة عشرة سنة والتي انتهت بجرعة مورفين عالية.

[240]**لوسيل** "بدهشة": لم أكن أعلم أنه ابن الروائية التي تحتل رواياتها الترتيب الرابع كأكثر الروايات مبيعا في التاريخ. يبدو أنّ القدر لا يريد لي أن أبتعد عن حيوات الأدباء المحزنة.

**رجل الكهف:** لكن يمكنني أنا فعل ذلك. ماذا؟ هل تبحثين عن المزيد من المغنين؟ الفنانين؟ الممثلين؟ المخرجين؟ هل تريدينني أن أحدّثك عن **درو هينلي** Drewe Henley (1940-2016) الممثل البريطاني الذي تسبب اضطراب ثنائي القطب بإنهاء حياته المهنية كما وحياته الزوجية مع الممثلة **فيليستي كيندال** Felicity Ann Kendal, CBE التي تحدثت عن معاناة زوجها السابق في سيرتها الذاتية White Cargo التي نشرتها عام 1998.

(1999 Kendal)

[241] أم تريدينني أن أحدّثك كيف دمّرت نوبات الهوس الحياة القصيرة ذات الاثنين وثلاثين عاماً للمخرج الأمريكي **جوزيف فاركيز** Joseph B. "Joe" Vasquez (1962-1995) الذي بدأ صناعة الأفلام منذ أن كان في الثانية عشر من عمره.

أم تريدين ان تسمعي قصة **آرثر ليبست** Arthur Lipsett (1936-1986) المخرج الكندي والمدير الطليعي للأفلام القصيرة الذي انتحرت والدته أمامه عندما كان عمره عشر سنوات ليفعل هو الأمر ذاته قبل أسبوعين من عيد ميلاده الخمسين.

[242]**دالي** "مقاطعا": لقد تمّ ابتداع جائزة تحمل اسمه عام 2014 تقدم للمبدعين من الفنانين الكنديين.

**لوسيل** "بخجل": نعم أخبرني عن المزيد من الممثلين والمغنين والفنانين من فضلك.

**رجل الكهف:** عانى المغني وكاتب الأغاني الأمريكي **تاونز فان زاندت** John Townes Van Zandt (1944-1997) من اضطراب ثنائي القطب منذ صغره وعُولج مراراً بصدمات الأنسولين التي أثّرت سلباً على ذاكرته. كما عُولج بمضادات الاكتئاب وموازنات المزاج. لكن معاناته الحقيقية كانت مع إدمان المخدرات كالهيروين والكوكائين، وإدمان الكحول وذلك لم يكن سبباً في الإساءة لحياته المهنية فحسب بل تسبّب بوفاته.

[243] **آدام ديكون** Adam Steven Deacon (1983- ) الممثل والمخرج ومغني الراب البريطاني أوقعته نوبات الهوس في مشاكل قانونية عديدة ولجأ إلى العلاج الذاتي بتدخين الماريوانا.

كاتبة الأغاني والمغنية والعازفة الأمريكية والناشطة في حقوق المثليين **ماري**

لامبرت Mary Danielle Lambert (1989- ) تحدّثت عن معاناتها مع اضطراب ثنائي القطب في أغنية Secrets.

[244] كاتب الأغاني، المغني الأمريكي، العازف، الناشط السياسي اليساري، والناشط في الحقوق المدنية وضد حرب فيتنام **فيل أوشس** Philip David Ochs (1940-1976) كان معروفاً بروح الدعابة التي كانت تخفي ورائها شخصا يعاني لدرجة أنّه شنق نفسه بعمر الخامسة والثلاثين بعد فترة قضاها في إدمان الكحول.

[245] الممثلة والمخرجة والمنتجة والكاتبة البريطانية **تينا مالون** Christina Malone (1963- ) تعاني بجانب اضطراب ثنائي القطب من اضطراب الوسواس القهري، ولجأت إلى تعاطي المخدرات بما فيها الكوكائين.
الممثلة النيوزلندية **كيشا كاسل هيوز** Keisha Castle-Hughes (1990- ).
**ألفين إيلي** Alvin Ailey (1931-1989) الناشط والراقص ومصمم الرقص الأمريكي الذي تُعزى له شعبيّة الرقص الحديث والذي أحدث ثورة في مشاركة الأمريكيين ذوي الأصول الافريقية في الرقص القرن العشين.

[246]**دالي**: لقد أسّس **Alvin Ailey American Dance Theater** في نيويورك وسرعان ما أصبح يلقب بالسفير الثقافي للعالم لكثافة جولاته العالمية.

**رجل الكهف**: هذا صحيح.

[247]**لوسيل**: هل تعرف أحداً من بوليود مصابا باضطراب ثنائي القطب؟

**رجل الكهف**: أحد مثل المغني، الممثل، المنتج الهندي **هوني سن** Hirdesh Singh (1983- )؟

[248]**لوسيل** "بدهشة": **يو يو هوني سن** أيضا مُصاب باضطراب ثنائي القطب! إنّه يُعتبر أحد أشهر المنتجين في بوليود.

دالي "مقاطعا": لا تفتحي علينا باب بوليود يا لوسيل. أليس من الأجدى أن تحدثنا عن المزيد من الأدمغة الرائعة خارج حدود ميدان الأدب؟

[249]رجل الكهف: أتفق معك. فلا تزال لدي أسماء لامعة لم أذكرها. فهل تعرفان أن عالم الفيزياء والفيلسوف النمساوي **لودفيغ بولتزمان** Ludwig Eduard Boltzmann (1844-1906) الذي كانت محاضراته مشهورةً جدا لدرجة أن أكبر قاعات الجامعة لا تتسع لاستيعاب الحضور قد عُولج في المصحّات مرّات عديدة إلى أن انتحر شنقاً بعمر الثانية والستين؟

وهل تعرفان أنّ عالم الرياضيات والمنطقي الأمريكي الروسي المولد **إميل ليون بوست** Emil Leon Post (1897-1954) قد عُولج كثيراً من ثنائي القطب أيضاً إلى أن توفي بعد إحدى جلسات العلاج بالصمات الكهربائية وهو بعمر السابعة والخمسين.

[250]دالي "بسعادة": نعم هذا ما قصدته. المزيد أرجوك.

رجل الكهف: عالم الرياضيات الألماني **جورج كانتور** Georg Ferdinand Ludwig Philipp Cantor (1845-1918) رغم معاناته الشديدة من نوبات اضطراب ثنائي القطب بما فيها نوبات الاكتئاب الحاد منذ عام 1884 وحتّى وفاته، إلا أنّ إسهاماته الرياضية جعلت اسمه محفوظا مع أهم علماء الرياضيات في التاريخ.

[251] ولدينا أبو السبرانية The Father of Cybernetics، مؤسس السبرانية Cybernetics، الفيلسوف، المهندس، الكاتب، وعالم الرياضيات البروفيسور الأمريكي **نوربرت فينر** Norbert Wiener (1894-1964). (2005 Conway: 97-98)

**آندرو ي. لانغ** Andrew E. Lange (1957-2010) عالم الفضاء وبروفيسور الفيزياء في معهد كاليفورنيا للتقنية، حصل على عدة جوائز

وألقاب علمية كان آخرها جائزة دان ديفيد والتي قيمتها مليون دولار بالمشاركة مع عالمين آخرين عام 2009 لمساهماته في دراسة تاريخ الكون. لكن حتّى هذه الجائزة لم تخفّف من معاناته مع اضطراب ثنائي القطب، فانتحر بعدها ببضعة أشهر في أحد الفنادق. (02: Marcolli)

[252] عالم الفضاء وعالم الفيزياء الفلكية والكاتب الأمريكي **ديميتري ميهالاس** Dimitri Manuel Mihalas (1939-2013) تحدّث عن تجربته مع نوبة الاكتئاب التي تعرّض لها عام 1986 في كتابه *الاكتئاب والنمو الروحي* الذي نشره عام 1996. (Mihalas 1996)

وكذلك تحدّث عن معاناته مع ثنائي القطب أيضا الفيلسوف والكاتب وبروفيسور الفلسفة الأمريكي **روبرت س. كورينغتون** Robert S. Corrington (1950- ) في كتابه *ركوب حصان الريح: الهوس الاكتئابي والبحث عن الكمال* الذي نشره عام 2003. (Corrington 2003)

[253] الفيلسوف وبروفيسور الفلسفة والمنظر الماركسي الفرنسي **لوي ألتوسير** Louis Pierre Althusser (1918-1990) عانى بجانب اضطراب ثنائي القطب من نوبات اكتئاب حاد وفصام. لجأ إلى العلاج الذاتي لكنّ مرضه كان شديداً لدرجة أنّه قد أشار عام 1979 إلى أنّه ربما يكون قد قضى خمسة عشرة سنة من الثلاثين سنة الأخيرة في المستشفيات والعيادات النفسية.

**إميلي مارتين** Emily Martin (1944- ) عالمة الأنثروبولوجيا، عالمة الحضارة الصينية، الناشطة النسوية الأمريكية، بروفيسور الأنثروبولوجيا الثقافية الاجتماعية في جامعة نيويورك، كتبت عن تجربتها مع اضطراب ثنائي القطب في كتابها بعثات ثنائي القطب: الهوس والاكتئاب في الثقافة الأمريكية. (Martin 2009)

[254] عالمة الفيزياء، عالمة البيولوجيا، والكاتبة النمساوية **غابرييل رابيل** Gabriele Rabel (1880-1963) قضت عامين في مركز العناية عقب

تشخيصها باضطراب ثنائي القطب، حيث استثمرت وقتها في دراسة الفلسفة.

وكذلك عانت بشدّة من نوبات اضطراب ثنائي القطب الكاتبة النسوية الأمريكية والناشطة في حقوق الإنسان والسلام **كيت ميليت** Katherine Murray Millett (1934-2017). (Hornstein 2018).

[255] وكذلك أيضا كاتب المسرحيات، الروائي، والأستاذ الجامعي، الذي يعدّ من أشهر الكتاب الذين أنجبتهم الهند **سوديس دياك** Swadesh Deepak (1943- ).

**جينيسس بوتيني** Genesis Wayne Potini (1963-2011) لاعب الشطرنج النيوزلندي الذي اشتهر بسرعته في اللعب وأحد مؤسسي نادي The Eastern Knights كان يدخل المشفى بشكلٍ متكرر بسبب نوبات اضطراب ثنائي القطب.

[256] بطل رمي السهام القصيرة البريطاني **جيمس ويد** James Wade (1983- ).

الشاعر وصانع الأفلام الأمريكي **شيرمان ألكسي** Sherman Joseph Alexie, Jr. (1966- ).

[257] ولقد عانى بشدّةٍ من نوبات اضطراب ثنائي القطب وبالأخص نوبات الهوس كاتب السيناريو الأمريكي **نورمان ويكسلر** Norman Wexler (1926-1999). (Powell 2014: 18)

الطبيب النفسي والروائي الياباني **موريو كيتا** Morio Kita (1927-2011).

وبما أنّي ذكرتُ طبيباً، فعليّ أن أشير إلى الكاتب والطبيب الأمريكي **مارك فونيغوت** Mark Vonnegut (1947- ) الذي شُخصت معاناته على أنها فصام. وبعد رحلة علاجٍ عصيبة، وجد معظم أطباءه أنّ حالته ميؤوس من شفائها. فما كان منه إلا أن درس الطب في هارفرد ليقتنع لاحقاً بأنّه يعاني من اضطراب ثنائي القطب.

[258]**لوسيل:** من اللطيف أن يدرس الطب أحدهم كي يشخّص لنفسه.

**رجل الكهف:** يفعل هذا الكثيرون. لديك مثلا **كاي ريفيلد جاميسون** Kay Redfield Jamison (1946- ) الطبيبة النفسية الأمريكية والمُحاضرة في عدة جامعات منها أوكسفورد وهارفرد. ركزت كثيرا على ثنائي القطب في أبحاثها لأنها هي نفسها مصابة به. وربما هي من أشهر الأطباء النفسيين في هذا المجال على الإطلاق. لها العديد من المؤلفات التي حققت أعلى المبيعات. سأذكر لكما منها *عقل غير هادئ: سيرة ذاتية عن المزاج والجنون* الذي قصت فيه معاناتها مع اضطراب ثنائي القطب، ورحلة علاجها منه. وكتاب *لمسٌ بالنار: مرض الهوس الاكتئابي والطبع الفني*، والذي تربط فيه بين اضطراب ثنائي القطب والإبداع الفني. (Jamison 2000) و (Jamison 1994)

[259] ولقد استخدم اسم هذا الكتاب الأخير المخرج والمؤلف الأمريكي **بول داليو** Paul Dalio (1979- ) كاسم لفلم عالج فيه المعاناة مع اضطراب ثنائي القطب، مستوحيا قصة الفلم من معاناته الشخصية مع اضطراب ثنائي القطب بما فيها إقامته في مركز العلاج. ولقد حاز فلمه هذا على جوائز عديدة. (Dalio 2016)

كانت والدة الكاتبة والناشطة في التوعية لبرامج الشفاء من الاضطرابات النفسية الأمريكية **ماري الين كوبيلاند** Mary Ellen Copeland (1941- ) تعاني بشدّة من اضطراب ثنائي القطب لدرجة أنها اضطرت للمكوث ثمان سنوات في أحد المصحات عندما كانت ماري طفلة، والتي بدورها ورثت الاضطراب عن والدتها وعولجت بالليثيوم.

[260]**داني** "مقاطعا": المعذرة على المقاطعة. هل تعرف أحداً من زملائنا في مجال الصحافة والإعلام؟ (رجل الكهف 2018: 29S)

**رجل الكهف:** لدي قائمة سيسرك سماعها. سأبدأها بـ **فيل غراهام** Philip

Leslie Graham (1915-1963) الأمريكي الذي شارك عائلة زوجته المالكين للواشنطن بوست. وبسبب جهوده تحولت الواشنطن بوست من جريدة محلية إلى جريدة عالمية. ووسع الشركة بضمّ جرائد أخرى لها ومجلات ومحطات راديو وتلفزيون. كان يعاني من نوبات هوسٍ قويةٍ جدًا قام فيها بأمور جنونية، وكان يشرب الكحول بكثافة. أودع المشفى عدة مرات وبعد خروجه من المشفى آخر مرّة انتحر بسلاح ناري عيار ثمانية وعشرين، وهو في الثامنة والأربعين من العمر.

[261] الصحفية والكاتبة الأمريكية ماريا هورنباشر Marya Justine Hornbacher (1974- ) عانت من اضطراب الأكل واضطراب ثنائي القطب، ولجأت إلى العلاج الذاتي بتعاطي الكحول والمخدرات لكنّها انقطعت عن ذلك لاحقاً. ومعظم كتبها، التي باعت منها ملايين النسخ، تتحدث عن معاناتها مع الإدمان والاضطرابات النفسية. حيث تحدّثت عن معاناتها مع اضطراب الأكل في كتابها *مهدور: سيرة ذاتية عن فقدان الشهية والنهام العصبي* الذي نشرته عام 1998. وبعد عشر سنوات تحدثت عن معاناتها مع اضطراب ثنائي القطب في كتابها *جنون: حياة ثنائي القطب* الذي تصدر قائمة أعلى مبيعات النيويورك تايمز فور نشره.

ومن وحي تجربتها مع الاضطرابات النفسية والتعافي من الإدمان وضعت دليلاً من اثني عشر خطوة لمساعدة المصابين مثلها باضطرابات نفسية مع الإدمان، ونشرته في كتاب حمل عنوان *سليم العقل: المرض العقلي، الإدمان، والخطوات الاثني عشر* الذي نشرته عام 2010، ثم ما لبثت في العام التالي أن أتبعته بكتاب آخر حمل عنوان *انتظار: قوة أعلى لغير المؤمن* حيث استوحت من تجربتها في الشفاء من الإدمان ما يمكن أن يحفّز غير المؤمنين على إيجاد دافع للاستمرار في مسيرتهم في الشفاء من الإدمان والاضطرابات النفسية. (Hornbacher 1998 وHornbacher 2008 وHornbacher 2010)

(2011 Hornbacherو

[262] وكذلك تحدثت الصحفية والكاتبة الأمريكية **جين بولي** Margaret Jane Pauley (1950- ) عن تأثير اضطراب ثنائي القطب على حياتها في سيرتها الذاتية التي نشرتها عام 2004. (2005 Pauley)

الكاتب ومقدم البرامج البريطاني **بايرون فينسنت** Byron Vincent (1975- ).

[263]**داني**: لقد اشتهر بايرون فينسنت لعمله مع **BBC Radio 4**.

**رجل الكهف**: صحيح، وبمناسبة الإشارة إلى الراديو، فإنّ أصغر مذيع راديو في تاريخ أستراليا **مايكل تون** Michael Tunn (1974- ) مقدم برامج الراديو والتلفزيون الذي رغم نجوميته التي حقّقها منذ صباه، إلا أنّ ذلك لم يخفّف من معاناته مع اضطراب ثنائي القطب.

المذيع والمعلق الرياضي الكندي **مارو رانالو** Mauro Domenico Ranallo (1969- ) شخص بالإصابة باضطراب ثنائي القطب وهو بعمر التاسعة عشرة.

[264] وكذلك عانى من اضطراب المزاج الدوري الصحفي البريطاني **جوناثان موريل** Jonathan Morrell (1970- ).

الصحفية الأمريكية المتخصصة بالشأن الرياضي **جينيفر فري** Jennifer M. Frey (1968-2016) التي تخرّجت من جامعة هارفرد وعملت في عدة صحف منها الواشنطن بوست والنيويورك تايمز قادتها معاناتها مع اضطراب ثنائي القطب إلى إدمان الكحول حتّى قتلها وهي بعمر الثامنة والأربعين.

[265] ومن النيويورك تايمز لدينا أيضا الصحفي **جيسون بلير** Jayson Thomas Blair (1976- ) الذي تكلّم عن معاناته مع اضطراب ثنائي القطب في سيرته الذاتية التي نشرها عام 2004. كما أنه أسّس مجموعة لدعم المصابين

باضطراب ثنائي القطب. (Blair 2004)

الكاتب والصحفي التشيكي **أوتا بافيل** Ota Pavel (1930-1973) أدخل المشافي عدة مرات بسبب نوبات اضطراب ثنائي القطب.

[266] **تيد تورنر** Robert Edward Turner III (1938- ) رجل الأعمال الأمريكي مؤسس قنوات CNN، TBS، و TV-6 التلفزيونية، ومالك سابق لقناة WTCG التلفزيونية، ومؤسّس بطولة العالم للمصارعة WCW، وأسّس بالتعاون مع السيناتور السابق سام نان مبادرة التهديد النووي NTI، مالك سابق لفريق البيسبول Atlanta Braves، مالك للوحات إعلانيّة طرقية، بالإضافة إلى استثمارات أخرى، مصابٌ باضطراب ثنائي القطب وخضع للعلاج بالليثيوم.

[267]**لوسيل** "بدهشة": رجل أعمال بهذا المستوى مصابٌ باضطراب ثنائي القطب!

**رجل الكهف**: ولِمَ لا. أيقونة وول ستريت، رجل الأعمال والمستثمر الأمريكي **جون آ ملهيرن** John A. Mulheren, Jr. (1949-2003) مصاب باضطراب ثنائي القطب أيضا.

مؤسّس شركة **Webroot Software** الأمريكي **ستيفن توماس** Steven Thomas (1971-2008) الذي اختفى عقب تشخيصه باضطراب ثنائي القطب ليُوجد لاحقاً جثةً هامدة عند جرفٍ جبلي.

[268] **رينية ريفكين** Rene Walter Rivkin (1944-2005) رجل أعمال أسترالي، مستثمر، مستشار استثمار، وسمسار بورصة. حاول الانتحار عدّة مرات قبل أن ينجح بعمر الستين سنة. ليؤكّد أنّ الصحة تسبق المال في الأهمية.

وكذلك انتحر بعمر التاسعة والخمسين رجل الأعمال الأمريكي **هينز بريتشر** Heinz Prechter (1942-2001) مؤسس شركة ASC، ومؤسس مجموعة شركات .Heritage Network Inc التي تضم شركات عقارات

ومواصلات وجرائد بالإضافة إلى استثمارات أخرى، والذي شغل مناصب عديدة وكان صديقاً مقرّباً لعائلة الرئيس الأمريكي جورج بوش.

[269]**لوسيل** "مقاطعة": إنّي لا أحب رجال الأعمال، مصّاصي الدماء. هلا حدثتنا عن المزيد من الفنانين؟ ماذا عن الرسامين؟

**رجل الكهف:** إنّ عباقرة هذا المجال أيضا هم من المصابين باضطراب ثنائي القطب كما يمكنك أن تتوقعي. فأحد أوائل رسامي البورتريه الأمريكان **غلبرت ستيوارت** Gilbert Charles Stuart (1755-1828) منهم.

[270]**لوسيل:** طبعا أعرفه. هو الذي اشتهر بلوحة جورج واشنطن غير المكتملة.

**رجل الكهف:** **جاكسون بوللوك** Jackson Pollock (1912-1956) أحد أهمّ أعمدة حركة تجريدية التعبير في الرسم الأمريكي، الذي تميز بأسلوبه الإبداعي أدمن الكحول إلى أن توفي بحادث سيارة نتيجة قيادته تحت تأثير الكحول وقتل معه أحد الركاب، تاركاً لوحات لاتزال معروضة في المتاحف حول العالم.

[271] الرسام الأمريكي المبدع **بوربانك** Elbridge Ayer Burbank (1858-1949) عانى من اضطراب ثنائي القطب معاناةً شديدةً أخضعته للعلاج حقبا طويلة.

فنان المنغا الياباني **آكيو شيبا** Akio Chiba (1943-1984) قرّر التخلص من معاناته من اضطراب ثنائي القطب بشنق نفسه وهو في الواحدة والأربعين من العمر.

[272] وكذلك أنهى الفنان والأستاذ الجامعي **هيربرت فلاديمير ماياروفيتز** Herbert Vladimir Meyerowitz (1900-1945) معاناته مع اضطراب المزاج الدوري بالانتحار وهو بعمر الخامسة والأربعين.

الرسام الدنماركي **فالديمار مولر** Valdemar Christian Schønheyder Møller (1864-1905) عانى من نوبات اضطراب ثنائي القطب كلّ حياته،

وبسبب هذا الاضطراب، فقد قضى آخر أربع سنوات من حياته القصيرة ذات الواحد والأربعين عاما في المشفى.

[273] الرسام الأمريكي **تشارلز مونت** Charles Merrill Mount (1928-1995) عانى من اضطراب ثنائي القطب كلّ حياته دون أن يخضع للعلاج.

النحات الأمريكي **كوزمو كامبولي** Cosmo Campoli (1922-1997).

[274] الرسام والنحات الكندي **مارسيل باربو** Marcel Barbeau, OC OQ (1925-2016).

الرسام الأمريكي **آبوت هاندرسون ثاير** Abbott Handerson Thayer (1849-1921) زادت مع تقدمه بالعمر معاناته مع نوبات الهلع، الانهيار العصبي، والأفكار الانتحارية.

[275]**دالي:** إنّي أعرف أنّ الثلاثين من شهر مارس/آذار هو اليوم العالمي لاضطراب ثنائي القطب، لأنه يوم ميلاد أحد أشهر الرسامين في التاريخ الانساني، الهولندي **فنسنت فان غوخ** Vincent Willem van Gogh (1853-1890) فهل نسيته؟ (www.worldbipolarday.org)

**رجل الكهف:** وكيف لي أن أنسى من لُقب بالمجنون ذو الشعر الأحمر الذي عاش سنوات حياته السبعة والثلاثين متقلبا بين نوبات الهوس الشديد والاكتئاب الحاد، وقضى أوقاتا طويلة في المصحات. لم يكن أحد يشتري لوحاته، ولم يكن يستطيع العمل. لكن في نوبات الهوس، رسم فنسنت أعظم اللوحات في تاريخ الفن الغربي. هذه اللوحات، التي هي اليوم حرفياً لا تقدر بثمن، كان يرسم بعضها في أقلّ من ساعة وأحياناً يرسم لوحتين في اليوم.

[276]**لوسيل:** إنّي أعتقد أن قصته هي أشهر قصة رسام في التاريخ. فمن لا يعرف أنّه قطع أذنه ليرسلها إلى العاهرة راشيل.

**رجل الكهف:** إنّ الاسم الحقيقي لتلك الفتاة هو غابي.

**دالي:** ولقد انتحر بعد ذلك.

**رجل الكهف:** كلا ليس بعدها مباشرة كما يعتقد الكثيرون. بعد حادثة قطع الأذن تلك بسنةٍ ونصف تم إطلاق النار على فنسنت بمسدس عيار 7 ملم. أعرف أنّ القصة الشائعة هي أنّه انتحر بإطلاق النار على صدره. لكن دراسة لمدة عشر سنوات لحادثة الانتحار هذه قد أوصلت الباحثين إلى ترجيح قصة مغايرة تماما. فهم يرون أن فنسنت لم ينتحر، بل تمّ إطلاق النار عليه خطأ من قبل أحد المراهقين، كانا بعمر السادسة عشرة، وكانا يلتقيان عادة مع فنسنت في وقت ومكان إطلاق النار.

[277]**دالي:** لكنّه قال للشرطة قبل وفاته أنّه قد حاول الانتحار بحسب الوثائق.

**رجل الكهف:** هذا صحيح. وقد قال للشرطة أيضا أن لا يتهموا أحدا في الواقعة. لكنّ هؤلاء الباحثين يرون أنّه قد تقبّل الموت وأراد ألا يدمّر حياة صديقه المراهق الذي لم يكن في نيته إصابته بالطلق الناري. على أي حال، لانعدام وجود شهود على حادث إطلاق النار فإني أعتقد أن القضية ستبقى مفتوحة ريثما تتوافر أدلة جديدة من شأنها أن تساعد في حسم القضية أو ترجيح روايةٍ ما. لكن الذي نحن متأكدون منه، هو أنّ فنسنت قد توفي بعد ثلاثين ساعة من حادث إطلاق النار هذا وهو يقول العبارة التي يعرفها جميعنا: "الحزن سيبقى إلى الأبد".

[278]**لوسيل "بعيون دامعة":** لابدّ أن حياة هذا الرجل كانت مليئة بالآلام بشكل لا يصدق حتّى تكون هذه آخر كلماته.

**دالي "مفكرا":** مع أنّك أتيت لنا بأسماء مشاهير من أركان المعمورة الأربعة، إلا أنك قد أغفلت الوسط تماما. بل إنه يمكنني بسهولة حصر الدول التي ينتمي إليها كل من ذكرتهم. فهل اضطراب ثنائي القطب يؤثر في دول أكثر من غيرها؟ وهل هو غائب تماما في بعض المناطق كالشرق الأوسط وشمال افريقيا

مثلا؟

[279]**رجل الكهف:** هل تعتقد أنّ المسميات الوهمية التي تقسم العالم إلى دول وتحدد للبشر جنسيات تجعلنا نختلف بيولوجياً عن بعضنا البعض؟ جميع البشر عائلة واحدة، والاضطرابات النفسية متفشية حول العالم بكل تأكيد. وإنّ عدم الإفصاح عن الإضرابات النفسية في بعض الثقافات لا يعني مطلقا أنها غير موجودةٍ فيها. لكن يعني بالضرورة أنّ أهل هذه الثقافة لايزالون متأثرين بإرث الخرافات المتعلقة بالاضطرابات النفسية، وبالتالي يشعرون بالعار والخجل، على حدّ سواء، منها.

وفي هذا أشارت الكاتبة والحقوقية الإيرانية الأمريكية **ملودي معزي Melody Moezzi**، في معرض حديثها عن تجربتها مع اضطراب ثنائي القطب الذي أوصلها لمحاولة الانتحار والدخول إلى مراكز العناية عدة مرات في سيرتها الذاتية التي لا تخلو من روح الدعابة، إلى الضغوط التي يتعرض لها المصاب بالاضطرابات النفسية كي يُبقي على الأمر سراً، لكنها كانت من بين القلائل الذين لم يرضخوا لتلك الضغوط وأصبحت ناشطة في الحديث والكتابة عن اضطراب ثنائي القطب. (Moezzi 2013)

ولم تكتفِ الكاتبة، المحامية، الروائية، والبروفيسور المساعد في جامعة كاليفورنيا الإسرائيلية الأمريكية **آيليت ولدمان Ayelet Waldman** (1964-) بالتصريح عن تشخيصها بالإصابة باضطراب ثنائي القطب، بل أعلنت أنّ الاضطراب منتشرٌ في عائلتها أيضا.

[280]**الوسيل "بعصبية":** لقد كنّا نتحدث في قصة فان غوغ بينما قاطعتنا أنت بسؤالك العبقري هذا يا داني. رجاء لا تعره اهتماما يا رجل الكهف وأخبرنا بقصة فان غوغ، فأنا متأثرة جدا وأريد أن أعرف المزيد.

**رجل الكهف:** إنّ قصة فان غوغ طويلة، ويتعذر عليّ اختصارها لكثرة ما أراه

من تفاصيل هامة فيها. كما أنه من الإجحاف بحقّ الكثير من الأسماء التي ذكرتها لكما عرضاً ألا أقصّ عليكما قصصهم أيضا، لكن هذا سيجعلنا مستيقظين حتّى الصباح. ليس هذا فحسب، بل إنّي إن أردت استكمال قائمة المشاهير المصابين باضطراب ثنائي القطب فلن ننتهي من هذه المهمة قبل الصباح أيضا.

[281]دالي: إنّي لم أكن أتوقع أن أسمع منك إلا بضعة أسماء. لذا فأنا أكثر من راضٍ عن إجابتك لمطلبي. وأعرف أنّك قد تعبت من كثرة الكلام، فأنت تتكلم منذ أن استيقظنا، وإنّ الوقت تجاوز منتصف الليل. علينا أن ندعك ترتاح الآن.

لوسيل: لقد كنت أكثر من سخيٍّ معنا بالحديث عن كل هؤلاء المشاهير. شكرا لك.

رجل الكهف: سأدع لكما إذا أن تمضيا الساعات القليلة المتبقية حتّى الصباح في أحلامٍ برفقة مشاهيركما المفضلين. وأنا ذاهبٌ لتنظيف أسناني. تصبحان على خير.

# الباب السابع والعشرون

## علاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

***استيقظت لوسيل قبيل منتصف اليوم التالي بقليل، وبعد ساعة ونيف استيقظ داني، وبعده استيقظ رجل الكهف في وقت متأخر من ظهيرة اليوم التالي.***

[282]**رجل الكهف:** من فضلك يا لوسيل، هلا وضعتِ قرص الفونوغراف Avalanche.

**لوسيل "بدهشة":** لقد استيقظت للتو!

**رجل الكهف:** أنتِ لا تخبرينني بشيء لا أعرفه.

**لوسيل "ممتعضة":** الشخص يحبّ أن يبدأ نهاره بهدوء وليس بصخب.

[283]**داني:** دعكِ من هذا يا لوسيل، أنت تفكرين بالأغنية بينما أنا أفكر في أنّنا لن نبقى هنا سوى نحو أربع وعشرين ساعة.

**لوسيل** "بدهشة": فعلاً، هذا صحيح، إنّ سفرنا في الغد. أقسم لك أنّي لم أشعر بالوقت، كنت أعتقد أن مازال لدينا يومٌ أو اثنان.

**رجل الكهف:** وأنا لم أشعر بالوقت أيضاً، لكني أشعر بألم في حلقي من الكلام

المتواصل لعدة أيام، فنحن قد غطّينا خلال الأيام السابقة جميع اضطرابات الشخصية والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. (انظر رجل الكهف 2019 ورجل الكهف 2020)

[284]**داني**: إنّي بالفعل أقدّر لك هذا يا سيدي.

**رجل الكهف** "بعصبية": داني! ألم أقل لك ألا تقول لي "سيدي"، فليس أحدٌ سيد أحد. (رجل الكهف 2018: 35$)

**داني** "بخجل": صحيح، كان هذا من أوائل الأمور التي قلتها لي.

[285]**لوسيل**: لقد كان واضحاً من استعراضك لقصص المشاهير، الليلة الماضية، أنه بشكل عام، من التزم منهم بالعلاج تحسّنت حالته واستقرت، بينما من لم يلتزم العلاج قد تدهورت حالته جداً، والكثيرون منهم قد انتهوا إلى الانتحار، خاصةً أولئك الذين أدمنوا المخدرات والكحول. فهلا حدّثتنا قليلاً عن علاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

**رجل الكهف**: كلامك صحيح. لكن عليك الانتباه إلى أنّني قد حدثتكما عن الحالات المثيرة للاهتمام، أو حالات كِبار المشاهير، لأنّه، بالطبع، هناك عدد كبير من المشاهير المصابين باضطراب ثنائي القطب والذين لديهم حالات نمطية ويعيشون حياة طبيعية. وبالتالي لا يجب أن تُصابي بالهلع من القصص التي سمعتها الليلة الماضية.

[286]**لوسيل** "وهي تضع قرص الفونوغراف": نعم إنّي أعي هذا بالطبع.

**رجل الكهف**: بالنسبة لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، فإن العلاج الدوائي لا مناص منه. لا يمكن التحكّم بنوبات اضطراب ثنائي القطب دون استخدام الأدوية على الإطلاق. فلا تستمعا لكلام الدجالين. تذكرا حديثنا عن بيولوجيا الاكتئاب. (رجل الكهف 2020: الباب الثامن) يسود

الاعتقاد أنّه في حالات الهوس، يصبح الجهاز الحوفي نشطاً زيادة عن اللزوم، بينما تتوقف القشرة الجبهية الحجاجية عن العمل. هذا يشبه نوعاً ما مثال سيارة الأجرة الذي ذكرته لكما قبل يومين. (ibid.) إنّ هذه الحالة تشبه أن تضغط بقدمك على دواسة الوقود بينما مكابحك لا تعمل. في حين أنّه عندما يصبح الشخص مكتئباً، يصبح نشاط الجهاز الحوفي منخفضاً جدا. لا يمكن للشخص أن يتحكّم بوعيه أو بإرادته في هذه التغيرات في نشاط الدماغ. فقط الأدوية هي التي تقوم، مع الوقت، بضبط النشاط في الجهاز العصبي للحدّ من الوصول إلى هذين الحالتين المتطرفتين. (Barlow 2014: 480)

[287]**دالي**: وهل تعالجه الأدوية أم أنها تسيطر عليه فقط؟

**رجل الكهف**: تختلف الحالات بالطبع، كما قلت لك من قبل، لا يوجد قاعدةٌ لمزيج وشكل حالات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة. ومع هذا، فإنّ هناك قاعدةً تقول: كلّما تأخّر الإنسان في علاجه كلما تفاقمت حالته وأصبح احتمال شفاءه أصعب، وبالتالي عليه أن يبقى مسيطراً على الاضطراب بواسطة الأدوية. وعلى العكس، كلما شخص الانسان والتزم العلاج بعمر أصغر، كلما ارتفعت احتمالية الشفاء.

[288]**دالي**: هذه قاعدةٌ هامة.

**رجل الكهف**: وبمناسبة الإشارة إلى التشخيص، إنّ على الشخص الذي يشكّ أنّ لديه اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة أن يتحلى بالصبر الشديد. فإنّ عليه أن يعرف أنّ سبعةً من كلّ عشرة أشخاص يتمّ تشخيصهم خطأً ثلاث مرّات قبل أن يُشخصوا التشخيص الصحيح. وإنّ واحداً فقط من بين كلّ أربعة أشخاص هو من يحصل على التشخيص الصحيح في أقلّ من ثلاث سنوات من جولات التشخيص ومحاولات العلاج.

[289]**الوسيل** "بدهشة": لماذا! هذا غريب جدا.

**رجل الكهف:** لأنّ اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو من أصعب الاضطرابات النفسية في التشخيص، يا لوسيل، وهذا بسبب تباعد النوبات، فلا ينتبه لها المريض عند طلب العلاج من إحداها، أو لوجود نوبةٍ مختلطة، والتي قد توجّه نحو تشخيص خاطئ، أو ألا ينتبه المريض إلى وجود نوبات تحت الهوس لديه، أو أن يتمّ طلب العلاج بسبب نوبة اكتئاب حاد فيتمّ تشخيصه على أنه اكتئابٌ حاد قبل أن يكتشف أن لديه اضطراب ثنائي القطب الثاني، ومثل هذا من معوقات في التشخيص.

[290]**لوسيل** "باهتمام": أخبرني كيف يكتشف أن لديه اضطراب ثنائي القطب الثاني بدل اضطراب الاكتئاب الحاد؟

**رجل الكهف:** إذا كان لدينا مريضٌ قد تطوّرت لديه نوبةٌ تحت هوسية كاملة أثناء علاجه بمضادات الاكتئاب بمختلف أنواعها، الدوائية أو الصدمات الكهربائية وغيرها، وبقيت الأعراض الكاملة لهذه النوبة مستمرةً لأبعد من الأثر النفسي لذلك العلاج، فإنّ هذا كافٍ كي تُعتبر هذه النوبة التحت هوسية، على أنّها نوبةٌ تحت هوسية كاملة. (DSM-5 :2013 133)

[291]**لوسيل** "بارتباك": هلّا بسطت الأمر لو سمحت، فإنّي لم أستطع التركيز بسبب الموسيقى.

**رجل الكهف:** بشكلٍ عام، بالنسبة للأشخاص الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب لكنهم لا يعرفون ذلك، فإنّ نوبات تحت الهوس هي عبارةٌ عن فتراتٍ من النشاط الزائد والحيوية والانفتاح على الحياة، وبالتالي يكونون سعداء فيها، وهذا لأنّهم يعانون من نوبات اكتئاب حادّ كما تعرفين. وبالتالي فإنّ نوبات تحت الهوس، من وجهة نظرهم عندما يختبرونها، هي مجرد مزاجٍ معاكس للاكتئاب وليس نوبة ما، وخاصة إذا لم يكونوا عارفين باضطراب ثنائي القطب الثاني ومعايير تشخيصه. وقد يربطون هذا المزاج المرتفع بأحداث تمرّ

معهم في حياتهم كمحفزٍ لهذه النوبات. وبالتالي، تقريباً لا يطلب أيّ مريضٍ اضطراب ثنائي القطب الثاني العلاج بسبب نوبة تحت الهوس، لكن تقريباً دائماً يطلب مرضى اضطراب ثنائي القطب الثاني العلاج بسبب نوبة الاكتئاب الحاد. فيقوم الطبيب بعلاجه بمضادات الاكتئاب، والتي بدورها تحفّز نوبة تحت هوسية. أي بدل أن تنتهي نوبة الاكتئاب الحاد تدريجياً إلى المزاج الطبيعي، فإنّ مزاجه يقفز إلى نوبةٍ تحت هوسية، عندها يعرف الطبيب أنّ هذا الشخص ليس لديه اكتئاب أحادي القطب، بل ثنائي القطب.

[292]**لوسيل** "بابتسامة": هذا واضح الآن.

**رجل الكهف:** يمكنك إيقاف الفونوغراف الآن.

**لوسي** "بارتياح": وأخيرا.

**دالي:** ماذا لو كانت هذه النوبة تحت الهوسية هي أوّل نوبة تحت هوسية في حياة الشخص؟

**رجل الكهف:** في هذه الحالة، من المرجّح أن يحصل على تشخيص *اضطراب مزاج محفز بواسطة مادة* *Substance-Induced Mood Disorder*. (Barlow 2014: 464)

[293]**دالي:** من الجيّد أني سألتك.

**رجل الكهف:** ومما يزيد من صعوبة التشخيص، أن توصيف المرضى للأعراض التي يمرّون بها، أو لحالتهم ككل، هو على الأغلب غير دقيق.

[294]**دالي** "مقاطعا": لماذا؟

**رجل الكهف:** بشكلٍ عام، يجنح الأشخاص في نوبات الهوس إلى تخفيض أعراضهم التي يفصحون عنها، وهذا على عكس الأشخاص في نوبات الاكتئاب

الذين يبالغون في توصيف أعراضهم. كما أنّ مرضى اضطراب ثنائي القطب لديهم مشكلة، اعتاد عليها الأطباء، في تقرير تكرار النوبات. فتجده يقول "أنا قد مررت بأكثر من ألف نوبة"، أو "أنا مكتئبٌ بشكل مستمر منذ أن كنت رضيعا". عبارات مثل هذه يشيع تكرارها من قبل هؤلاء المرضى، وهذا لا يساعد في التشخيص على الإطلاق. (ibid.: 476)

[295]**لوسيل**: ما هو العلاج الدوائي لثنائي القطب؟

**رجل الكهف**: لا يوجد وصفةٌ واحدة، لأنّه، كما أكرّر كثيراً، الحالات تختلف اختلافاً كبيراً بين الأشخاص، بل ولا يوجد علاجٌ دوائي ثابت لنفس الشخص على الدوام. لكن بشكلٍ عام الأدوية الأساسية لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هي مثبتات المزاج، فبما أن مزاج المصاب باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة يقفز من قطبٍ إلى قطب خارج حدود المزاج الطبيعي، فإنّ مثبتات المزاج تقوم بمنع المزاج من الابتعاد كثيراً أعلى وأدنى حدود المزاج الطبيعي. وبالنسبة للمرضى الذين يعانون بشدّة من أعراضٍ اكتئابية، يمكن إضافة أحد أنواع مضادات الاكتئاب أيضاً بجانب مثبتات المزاج. كما ويمكن إضافة مضادات ذهانٍ أيضا. ناهيك عن أنّ كل واحدةٍ من هذه المجموعات تنطوي تحتها مجموعاتٌ فرعيّةٌ عديدة من التصنيفات الدوائية، وتنوعاتٌ كبيرةٌ بالجرعات لكلّ منها، وبالتالي، لا يوجد شيءٌ اسمه دواء لاضطراب لثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة، بل إنّ هناك علاجاً دوائياً له. (.ibid)

[296]**داني**: فهمت تماماً ما تقول، يبدو أنّ الأمر معقد ويحتاج وقتاً من تجريب الأدوية وجرعاتها.

**رجل الكهف**: هذا صحيح. إنّ الأمر معقد، ويحتاج وقتاً لعدة أسباب، منها أنّ أثر هذه الأدوية لا يظهر على الفور، بل يحتاج عدّة أشهر، بل أكثر من نصف

سنة بالنسبة لبعضها. كما أنّ الحالة المزاجية للشخص نفسه تكون قد تغيّرت خلال تلك الأشهر لأسبابٍ مختلفة، أضف إلى ضرورة تحديد المزيج الأنسب من الأدوية والجرعات. وإن لبعضها أثراً عكسياً في البداية وآثاراً جانبية مزعجة جداً قبل أن يبدأ مفعولها بالعمل كما يجب ويعتاد عليها الجسم وتخف آثارها الجانبية. هذه كلّها أمور يتابعها الطبيب على الدوام، وليس من النادر أن يقوم بتكرار تغيير هذا الدواء أو تلك الجرعات.

[297] لكن عندما تستقر الحالة ويتمّ السيطرة على النوبات، فإنّ المريض قد يستمر على نفس الأدوية والجرعات لسنوات، طالما أنّها تعمل بشكلٍ جيد وجسمه معتادٌ عليها.

على أيّ حال، لا يجب أن يُفهم من كلامي أنّ الشخص يبدأ العلاج بعددٍ لا نهائي من الاحتمالات ويبدأ رحلة تجريب عشوائي، بالطبع كلا. إنّ الخبرة الطبية تلعب دوراً هاماً في تقييم الحالة وتقدير العلاج الدوائي المناسب لها. وعندها تبدأ رحلة العلاج. لكن لو كان المريض هو من سيقرّر الأدوية التي سيجربها من تلقاء نفسه، أو أنّه يستمع إلى نصيحةٍ من زيد أو عبيد، أو يقرأ على الأنترنيت عن أدوية وجرعات يقوم بتعاطيها، فهو في هذه الحالة يبدأ رحلة تجريبٍ عشوائي لا تُحمد عقباها.

[298] داني "بابتسامة": شكراً على التوضيح.

**رجل الكهف:** وإنّي أنصح أن يأخذ المريض بعين الاعتبار كلّ ما سبق، وبالتالي ألا يقوم بتغيير الأطباء بشكل متكرر بسبب أنّه لم يستفد من الدواء الذي أعطاه إيّاه الطبيب. إنّ من الطبيعي ألا يستفيد من العديد من الأدوية، وبالتالي فالمشكلة ليست في الطبيب. ولك أن تعرف، يا داني، أن هناك نوعاً من العرف الطبي، إن جاز لي تبسيط الأمر، في ترتيب الأدوية في العلاج الدوائي للحالات المختلفة. فيوجد عادةً أدوية خطّ دفاعٍ أول، وأدوية خطّ دفاعٍ ثاني،

وهكذا. وبالتالي، عندما لا ينجح مع الشخص دواءٌ ما، تراه يذهب إلى طبيبٍ آخر ويخبره أنّه قد جرب الدواء الفلاني ولم يتحسن حاله، فيقوم الطبيب الجديد بإعطائه دواءً آخر كان من الممكن للطبيب الأول أن يعطيه إياه بعد فترة من الزمن.

إنّ العلاج في الطب النفسي، يا داني، يحتاج نوعاً من الاستمرارية والمراقبة الطويلة الأمد، وهذا غير مطلوبٍ في كثير من المجالات الطبية الأخرى التي يهمّ فيها الوضع الراهن للحالة فحسب. لذا، فإنّ من الحكمة أن يلتزم المريض مع نفس الطبيب أو المركز الصحي لوقتٍ طويل، لأنّ هذا الطبيب لديه سِجلّ الحالة، ولديه ملاحظاته عليها، والتي يتابعها جلسةً بعد أخرى. إنّ المريض يفقد كل هذا عندما يقفز من طبيبٍ إلى آخر، وبالتالي فإنّه قد يُطيل أمد علاجه بدل أن يقصره.

[299]**داني** "بدهشة": هذه نصيحةٌ قيمة. إنّ معظم الناس يفعلون هذا.

**رجل الكهف:** لكن بالطبع إذا لم يكن المريض مرتاحاً للطبيب نفسه، وليس للدواء الذي يأخذه، فإنّ عليه مراجعة طبيب آخر. لأنّه من المهم أن يشعر المريض بالارتياح للطبيب النفسي كي يستطيع البوح له بحريةٍ عن مشاعره، وأفكاره، وما يعاني منه دون أيّ حرج، وأن يشعر أنّ الطبيب يفهمه ويقدّر ما يمرّ به. وهذا أيضاً ليس أمراً مهماً في العلاج في الكثير من المجالات الطبية الأخرى.

[300]**لوسيل:** هذه أيضاً ملاحظة حاذقة.

**داني:** هل يمكنك تزويدنا بأسماء بعض الأدوية التي تُستخدم لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

**رجل الكهف:** بالطبع يمكنني، لكنني لن أفعل.

[301]دالي "بدهشة": لماذا؟

**رجل الكهف:** لأنك ستنشر هذا الحوار في كتاب، ولا أريد أن يقوم القرّاء بشراء الأدوية التي قد أذكرها لك وتعاطيها من تلقاء أنفسهم متجاوزين بذلك عتبة الذهاب إلى الطبيب النفسي. فمع أنّي أعرف كم هو صعبٌ ومكلفٌ الذهاب إلى الطبيب النفسي، إلا أنّي أعرف أيضاً أن تعاطي أدوية حساسة بهذا الشكل هو أمرٌ خطير. لذا، فليدع المريض الطبيب يصف له ما يناسب حالته. هذا ما يمكنني قوله.

[302]**دالي:** أنا مدركٌ تماماً لما تقول، لكني لازلت أريد معرفة المزيد.

**رجل الكهف:** حسناً، سأخبرك بسرٍّ عن أدوية اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة لن يخبرك عنه طبيبك. ما رأيك؟

[303]**دالي** "باهتمام": ما هو هذا السر؟

**رجل الكهف:** هل تذكر ما قلته من أن ثلاثة من كل أربعة مصابين باضطراب ثنائي القطب لديهم زيادة وزن (68%). وواحد من كل ثلاثة أشخاص لديه بدانة (35%)، وأن هذه هي أعلى نسبة من أي اضطراب نفسي آخر؟

[304]**دالي:** نعم أذكر هذا، وأذكر أنك عللت هذا بأن اضطراب ثنائي القطب بحد ذاته يغير من الشهية ويغير معدل الاستقلاب في الجسم.

**رجل الكهف:** نعم هذا صحيح، لكن لا يمثل الحقيقة كاملة. فالحقّ أنه بجانب تأثير اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة على الشهية والاستقلاب، فإن معظم الأدوية التي يتم وصفها لاضطراب ثنائي القطب تكون زيادة الوزن من أعراضها الجانبية. وهذا بالطبع لا يعني أنها ستزيد من وزن كل من يأخذها. هذه أعراض جانبية، وجميع الأدوية لها أعراض جانبية مختلفة وتختلف في تأثيرها من شخص لأخر. لكن زيادة الوزن بسبب مختلف الأدوية

التي تعالج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو عرضٌ جانبي شائع جدا. بيد أن القليل من هذه الأدوية له مفعولٌ معاكس تماماً ويسبب نقصانا في الوزن، وأحيانا يتم وصفه لتخفيض الوزن لذوي الوزن المرتفع.

[305]**دالي:** بحق السماء يا رجل، ماذا أستفيد من كل هذه المعلومات بدون أن أعرف عن ماذا تتكلم أنت؟

**رجل الكهف:** تستفيد من هذه المعلومات أن تكون متوقعاً لزيادة الوزن عند بداية العلاج، فلا تتفاجأ منها ولا تعرف السبب. وإذا كان شخص ذو وزن زائد أو لديه اضطراب أكل، فليناقش الامر مع الطبيب. على أي حال، يمكنني أن أعوّضك عن أسماء الأدوية بأسماء مستويات الشفاء الثلاثة، لو أحببت.

[306]**دالي** "بنظرة يأس": حسناً، يبدو أنّي لن أحصل منك على أكثر من هذا.

**رجل الكهف:** *المستوى الأول syndromic recovery*: وهو عندما لا يطابق المريض معايير نوبة هوس، أو نوبة تحت هوس، أو نوبة اكتئاب لمدّة ثمانية أسابيع. وعندما يخلو المريض من أعراض اضطراب المزاج، أو أن يبقى منها الحد الأدنى، لمدّة ثمانية أسابيع، يكون قد وصل إلى *المستوى الثاني symptomatic recovery*. وإذا وصل المريض إلى الحالة التي كان عليها قبل مرضه من ناحية الاهتمامات، والعمل، والأنشطة، والصداقات، والاستقلالية في العيش، أقصد عدم الاعتماد على غيره، والتي تسمى **Euthymia**، عندها يكون وصل *المرحلة النهائية* للشفاء وهي ***functional recovery***. (**ibid.: 466**)

[307]**دالي:** لم أكن أعرف بوجود هذه المستويات الثلاث. هكذا إذن يتم تتبع سير العلاج.

**رجل الكهف:** هذا بالنسبة لمن يُتمّ مسيرة العلاج. لأنّه، بكل أسفٍ، على الأقل، ستة من كل عشرة أشخاص لديهم اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات

الصلة يتركون العلاج في وقتٍ ما من حياتهم. وإنّ ما بين أربعة إلى ستة أشخاص من كلّ عشرة لا يلتزمون بالعلاج، سواء على الإطلاق أو بشكلٍ جزئي، خلال السنة التي تلي أوّل إقامةٍ لهم في المشفى بسبب نوبة هوس أو نوبة مختلطة. (Strakowski 1998)

وإنّ هذا أمرٌ خطير، يا داني. إنّ اللعب بأدوية اضطراب ثنائي القطب أو إيقافها هو بالفعل أمرٌ خطير. إنّ الإيقاف المفاجئ لهذه الأدوية يرفع من احتمالية الانتكاس أكثر من السابق، ونزعة انتحارية قوية. (Baldesarini 2003) إنّه قد يختبر نوباتٍ مختلطة حادّة جداً، كما وتصبح نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس التالية أكثر حدّة مما كانت عليه في السابق.

[308]داني: إنّ الأمر حساس جدا على ما يبدو.

**رجل الكهف:** إنّ كل شيءٍ يتعلّق باضطراب ثنائي القطب هو حساسٌ جدا. حتّى أبسط الأمور. خذ النوم على سبيل المثال، وجدت دراسة أنّ المصابين باضطراب ثنائي القطب هم مفرطو الحساسية تجاه أي تغيرٍ ضئيل في مواعيد النوم والاستيقاظ. فمثلاً يمكن للسفر بالطائرة إلى بلد بعيد ذو توقيتٍ مختلف أن يحفّز نوبة هوس. بينما يبدو أنّ نوبات الاكتئاب لا تتحفز بمثل هذه الحالات. (Malkoff-Schwartz 1998 وMalkoff-Schwartz 2000)

[309]**لوسيل:** هل عدم النوم لوقتٍ طويل قد يحفّز نوبة هوس؟

**رجل الكهف:** نعم، هذا صحيح. لكن من المهم أن تنتبهي أن كلّ ما نتكلم عنه هنا ليس حتميّ الحدوث مع الجميع. أعني ليس كلّ مصابٍ باضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة سوف تأتيه نوبة هوس عندما يسافر أو عندما لا ينام لعدّة أيام.

**لوسيل:** بالطبع، هذا واضح.

[310]**دالي:** هل أفهم منك أنّه لا يوجد أيّ علاجٍ كلامي مفيد لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

**رجل الكهف:** الأمر ليس بالضبط هكذا. إنّ العلاج الدوائي أمرٌ لا غنى عنه لعلاج هذا الاضطراب. بجانب العلاج الدوائي، يمكن الحصول على علاجٍ كلامي، سواء فردي أو أسري. وكما كان الحال عندما تحدّثنا عن الاكتئاب، فأنا أميل إلى أن هذا المزيج يعطي أفضل نتيجة في مسيرة العلاج. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الأربعون)

[311]**دالي:** هل الاستفادة التي يحصل عليها المصاب باضطراب ثنائي القطب من العلاج الكلامي كبيرة؟

**رجل الكهف:** هذه الدراسة ستجيبك. خلال المتابعة بعد سنة، لقد انتكس ثلاثة من كل أربعة أشخاص خضعوا للعلاج الدوائي فقط، بينما انتكس أربعة من كل عشرة أشخاص (44%) من الذين حصلوا على العلاج الإدراكي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي. لكن من بعد هذه المدة، أقصد سنة، وتحديداً خلال المدّة من الاثني عشر شهراً وحتّى الثلاثين شهراً، لم تعد تظهر فائدة للعلاج الإدراكي السلوكي في منع الانتكاس. لكنها بقيت تظهر أثراً ايجابياً على المزاج وعلى عدد أيام النوبات. هذا الأثر، بالمناسبة، كما يمكنكما أن تتوقعا، هو فعّال في نوبات الاكتئاب أكثر بكثيرٍ من فعاليته في نوبات الهوس. (Barlow 2014: 469)

على أيّ حال، بالمجمل، إنّ العلاجات الكلامية، على أنواعها، تؤدي إلى نتائج إيجابية أكبر من الاقتصار على العلاج الدوائي لمرضى اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. (ibid.: 473)

# الباب الثامن والعشرون

## كسر الوصمة

[312]**داني:** هذا توضيحٌ جيد جدا. لكن لَم تغير رأيك؟ لِمَ تبخل عليّ في شرحك للعلاج الدوائي؟ إنّ لدي فضولاً شديداً لأتعرف على مثبتات المزاج وأنواعها ومضادات الذهان وباقي الأدوية. أرجوك أخبرني عن بعض أشهرها فقط، أو أخبرني عن الأدوية التي تستخدمها أنت، كما أخبرتنا عن تجربتك مع العلاج بالصدمات الكهربائية. (رجل الكهف 2020: الباب التاسع)

**رجل الكهف:** داني، أنت لا تفهمني. سوف أُعيد صياغة الأمر لك. بما أنّي قد جربت بنفسي معظم أساليب العلاج ذات الصّلة، وبما أنّي متعمقٌ في تفاصيلها بالخبرة والبحث، فإنّي موقنٌ تمام اليقين أنّه لا يوجد وصفة علاج لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وأنا أعرف تمام المعرفة أنّه لا يوجد شخصان لديهما نسخة متطابقة من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وبما أنّ اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو بحاجة للعلاج الدوائي، وبما أن الادوية التي يتم استخدامها لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هي أدويةٌ حساسة للغاية لأنّها تؤثر في عمل الدماغ، حتّى إنّ انضباط جرعات بعضها هو أمرٌ حساس جداً، بل إنّ بعضها

يحتاج إلى مراقبةٍ عن طريق تحليل دم بشكل دوري، وبما أنّني أعرف أيضاً أنّ بإمكان الكثير من القرّاء الحصول على هذه الأدوية دون وصفة طبية، فإنّي نتيجةً لكلّ ما سبق ارتئيت ألا أذكر لك اسم أيّ دواءٍ يتمّ استخدامه لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، فأنا أريد أن أكون سبباً في إفادة القراء، لا في ضررهم. من يريد العلاج من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة فليراجع الطبيب.

[313]**دالي** "بخيبة أمل": حسناً، أعتقد أن هذا تصرفٌ حكيم.

**لوسيل**: أنا أتفق معك بالرأي، لكن من جهةٍ أخرى إنّ معظم القراء يعيشون في دول تفتقر للطب النفسي الجيّد، بل إنّ هناك محافظات في بعض الدول لا تجد فيها أكثر من طبيب نفسي واحد، أو لا تجد فيها أيّ طبيبٍ على الاطلاق.

**رجل الكهف**: هذه ليست مشكلة تخص الدول التي يقطنها معظم من سيقرؤن الكتاب، أو المحاورة كما يحبّ دالي أن يسميها، بل إنّها إلى حد كبير مشكلة عالمية.

[314]**لوسيل** "بدهشة": لماذا؟

**رجل الكهف**: إنّ الغالبية الساحقة من سكان هذا الكوكب البائس لا يعرفون بوجود اضطراباتٍ نفسية من الأساس، وإنّ معظم من عرفوا بوجودها يعرفون اثنين أو ثلاثة منها معرفةً مغلوطة، ليتها كانت على الأقل صحيحة. وإنّ معظم إخوتنا في الإنسانية لا يعرفون بأنّ هذه الاضطرابات هي نتيجة خللٍ مادي ما في الجسم يمكن إصلاحه أو على الأقل السيطرة عليه طبياً، وإنّ جُلّ من سمع بهذا لا يصدقه لأنه يخالف ما اعتاد اعتقاده مما ورثه من آبائه وأجداده.

[315]**لوسيل** "باهتمام": هذا صحيح.

**رجل الكهف**: وبسبب جلوسهم بين مطرقة الثقافة الموروثة وسندان الجهل،

فهم لا يتقبلون فكرة أن يتمّ تشخيصهم بأيّ اضطرابٍ نفسي، لأنّهم يعتقدون أنّ تلك المسميات الغريبة، أقصد الاضطرابات النفسية، تعني أنّهم مجانين، أو بُلهاء، أو معتوهين، أو غير هذا من مسميات اعتاد الناس تداولها في الحياة اليومية.

[316]**داني**: هذا صحيحٌ تماما. حتّى إنّ تسمية مستشفى المجانين لا تزال شائعة شيوعاً مخجلاً حتّى هذه اللحظة.

**رجل الكهف**: وتذكرا أنّي قد قلت لكما آنفاً أنّ واحداً من كل أربعة أشخاص سيُعاني من اضطرابٍ نفسي في وقتٍ ما من حياته بحسب منظمة الصحة العالمية. لا يمكنك بناء أي مجتمعٍ إذا كان ربع ساكنه مرضى يا داني. (World Health Organization 2001 ورجل الكهف 2020: الباب الأول)

[317]**داني**: أتفق معك.

**رجل الكهف**: عليك دراسة المراجع التي سأزوّدك بها كي تعي ما أقوله، لأنّك سترى فيها ما يصدمك من تفاصيلٍ تتعلق بالنواحي الاقتصادية والتنموية وتوزيع الناتج المحلي وغيرها من أمورٍ ذات صلة توضح لك كم نحن بحاجةٍ ماسة إلى تغيير الوضع الحالي. والذي هو، بكل أسف، يزداد سوءاً مع السنوات، كما ستلاحظ في الدراسات، في الكثير من بقاع هذا الكوكب الذي يزداد بؤساً مع مرور الأيام. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن والثلاثون)

**داني** "بدهشة": هذا لا يبشّر بخير.

[318]**لوسيل**: ما الذي علينا فعله؟

**رجل الكهف**: حسناً، لن أتطرق للأمور الاقتصادية والسياسية فهي تفتح علينا باباً لو كنت أريد فتحه لكنت ناقشت معكم الآن المراجع التي سأزودكما بها، لكن ذلك سيأخذنا بعيداً جداً عن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات

الصلة، كما أنه ليس مهماً لمن سيقرأ المحاورة التي سينشرها داني لاحقا، لأن ذلك القارئ يريد أن يقرأ عن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. على أيّ حال، سأزوّدكم بدراساتٍ قامت بها منظمات عالميّة كمنظمة الصحة العالمية وخبراء في هذا المجال. على أنّه يمكنني أن أتكلم عن نفسي وعمّا يمكن لأقراني فعله كي نغيّر هذا الوضع.

**لوسيل:** هذا منصفٌ تماما.

[319]**داني:** من تقصد ب "أقراني"؟

**رجل الكهف:** إخوتي في الاضطرابات النفسية. ونحن لسنا بقليل، نحن نشكّل ربع سكان العالم. بل دعني أشمل معهم ذويهم أيضاً، فهم يمكنهم المساعدة على تغيير الوضع الراهن نحو الأفضل.

[320]**داني** "ضاحكا": أعتذر لضحكي اللاإرادي. إنّه ليس بالأمر المضحك، لكن أنت قد جعلت من أقرانك، إلى حد كبير، معظم سكان العالم، وليس ربعهم فقط.

**رجل الكهف:** لقد قلت لك من قبل، إحصائياً، إن لم تكن أنت نفسك مصاباً باضطراب نفسي، فإن أحد المقربين إليك مصابٌ باضطراب نفسي. نحن نتكلم عن واحد من بين كل أربعة أشخاص يا داني.

[321]**داني:** هذا صحيح، لقد قلت لي هذا. (رجل الكهف 2020: الباب الأول)

**لوسيل:** أخبرني عن المساعدة التي بإمكان فريقك أن يقدمها إلى العالم.

**رجل الكهف:** لقد فتحت أنت هذا النقاش مشيرة إلى قلّة عدد الأطباء والمعالجين النفسيين، أليس كذلك؟

[322]**لوسيل:** صحيح.

**رجل الكهف:** ولقد اتفق ثلاثتنا على أن الجهل من جهة، وتفشّي المعتقدات

الخرافية الموروثة من جهة أخرى نتج عنهما إحجام الناس عن طلب العلاج، هل هذا صحيح؟

لوسيل: نعم قد يكون أمراً من الاثنين أو مزيجاً منهما. تتعدد الأسباب لكنّها بالنتيجة محصورةٌ بهذين السببين الرئيسيين ولو تبدت بمظاهر متعددة.

دالي: لقد نسيتما السبب المادي. حسناً، ليس من شأننا الآن على الإطلاق بحث الوضع الاقتصادي، ومشاكل الفقر والبطالة وغيرها، لكني أشير إلى أن الالتزام بالعلاج مرهقٌ مالياً سواء تكاليف الأدوية، أو المشافي أو جلسات العلاج النفسي، والتي لا يغطّيها التأمين في معظم دول العالم. ولقد أشرنا لهذا مسبقاً لكننا لم نتداوله. (ibid.)

[32]رجل الكهف: هذا صحيح. لكن ألا تعتقد أن جانباً كبيراً من هذا يُعزى إلى العرض والطلب؟ أقصد لأن هناك شحاً في عدد العاملين في مجال الصحة النفسية على اختلاف تخصصاتهم، فإنّ هذا يشكل ضغطاً كبيراً عليهم على الرغم من أنّ من يطلبون العلاج النفسي هم حفنة يسيرة من المرضى النفسيين، لكن ومع هذا، فإن شحّ الأخصائيين النفسيين يجعل من المرضى ينتظرون لمُدد لا يمكن تصديقها، تتراوح بين الشهور إلى السنوات مالم تكن الحالة خطرة.

دالي: فعلاً، إني أعرف حالاتٍ حُددت لها مواعيدها بعد مدد وصلت إلى الخمس سنوات كي تراجع معالجاً نفسيا. هذا جنونٌ بحق السماء. أنا لا أعتقد أني بحاجة موعدٍ يحدد لي بعد سنة من الآن.

[324]رجل الكهف: هذا هو بالضبط ما أتكلم عنه. لكن فكّر معي، عندما يكون شخص ما لا يملك أقلّ من ساعة في جدوله اليومي كي يُقابلك إلا بعد سنة، فعليك أن تعرف أنّك ستدفع الكثير كي تحظى بهذه المقابلة. لأنّك إن لم تدفع الكثير كي تحظى بهذه المقابلة، فإن غيرك سوف يفعل. وبما أنّ غيرك هذا هو عددٌ كبير جداً من الأشخاص نسبة للوقت المتاح لدى ذلك الشخص، فإنّ ذلك

الشخص سوف يحاول أن يرفع من ثمن وقته بحيث يبقى جدوله ممتلئاً بأعلى قيمة ممكنة.

**لوسيل** "مقاطعة": أرى أنك ذاهبٌ إلى الاقتصاد.

[325]**رجل الكهف**: كدت أفعل هذا، شكراً للفت انتباهي. على أيّ حال، الأمر في الواقع ليس بهذه البساطة فهناك الكثير من العوامل التي تحدّد أسعار الجلسات، كما أنّ نظرياتٍ اقتصادية أخرى قد تحدّت هذا النموذج الكلاسيكي للعرض والطلب إلا أنّ الحديث عن هذا الأمر سيقودنا قطعاً إلى مكان لا نرغب في الذهاب إليه.

**لوسيل**: عُد إلى الموضوع، لو سمحت، إنّ الوقت ينفذ منّا. لا تفتح علينا أبواباً جديدة.

[326]**رجل الكهف**: لم أستطع حتّى اليوم أن أتخلص من هذه العادة المقيتة، فأنا أخرج عن الموضوع بسهولةٍ دائماً. ربما يجب أن أتوقف عن المحاولة وعليكما تقبّل الأمر. بالنسبة لموضوعنا، ما أريد قوله هو أنّ المطلوب من كلّ شخصٍ يعاني من اضطرابٍ نفسي ألا يخجل من ذلك. علينا كسر الوصمة. أنتما تعرفان أنّ الاضطرابات النفسية هي كلّها، دون استثناء، نتيجة تغيّر مادي ما في الجسم، شأنها في هذا كشأن أي مرضٍ عضوي. الفرق الوحيد هو المكان الذي حصل فيه هذا التغيير. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن)

**لوسيل**: صحيح.

[327]**رجل الكهف**: لا يوجد شيء يدعو للخجل في أن تكون مصاباً بالداء السكري، أليس كذلك؟ بنفس المنظور لا يوجد شيء يدعو للخجل لكونك مصاباً باضطراب الهلع. (انظر رجل الكهف 2020: الباب التاسع عشر) كما أنّ اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة هو نتيجة خللٍ بيولوجي،

حاله كحال ارتفاع ضغط الدم، الذي هو أيضاً نتيجة خللٍ بيولوجي، والاثنان يتأثران بالتوتر تقريبا بنفس الصورة. معظم الناس لديهم تبدّلات في ضغط الدم عندما يحدث أمر يدعو للتوتر، لكنّ الأشخاص الذين لديهم ارتفاع ضغط الدم قد يتعرضون إلى ارتفاعٍ مفاجئٍ وقوي في ضغط الدم. وبنفس الطريقة، معظم الناس لديهم تبدّلات مزاجية عندما تحصل معهم أمورٌ ما، بيد أنّ الأشخاص المصابين باضطراب ثنائي القطب تتبدل أمزجتهم بعنفٍ وإلى مدى أبعد. (Barlow 2014: 482)

**لوسيل:** هذا تشبيهٌ جميلٌ ودقيق بالفعل. أتّفق معك في أنّه لا يجب أن يشعر المصاب بأيّ اضطرابٍ نفسي بالخجل.

[328]**رجل الكهف:** نعم، هذا ما نريده. أن يبدأ الناس بالحديث عن اضطراباتهم النفسية، أياً كانت، تماماً كما يتحدثون عن أيّ مرضٍ عضوي آخر. وأنا أعني كلمة آخر هنا. فالاضطرابات النفسيّة هي اضطراباتٌ عضويّة تتجلى آثارها على مزاج الشخص أو قدراته الإدراكية أو السلوكية ونحوِ هذا، فقد تكون نتيجة هذا الخلل الفيسيولوجي اضطراب الاكتئاب الحاد، أو قد تكون قصور القلب الاحتقاني.

**دالي:** هذا مفهوم.

[329]**رجل الكهف:** المريض النفسي ليس مسؤولاً عن مرضه النفسي، فليس هناك مبررٍ لأن يخجل من مرضه وكأنّه قد ارتكب إثماً أو جرماً. كما إنّ الكثير من الاضطرابات النفسية هي ذات طابعٍ جيني يرثها الإنسان كما يرث الجينات التي جعلت شعره مجعدا. لا يوجد شيءٌ مخجل في أن يكون لدى الشخص شعرٌ مجعد، وكذلك لا يوجد شيءٌ مخجلٌ في أن يكون لديه توحد.

[330]**لوسيل** "بعيون دامعة": أصبت القول.

**رجل الكهف:** لا يجب أن يعاقب أبوانِ ابنهم الذي لديه اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه على سلوكه أكثر مما يعاقبانه على أرقه في الليل، هو لم يختر أيّاً منهما، وهو غير قادرٍ على التحكّم في كليهما.

[331]**داني:** لم أفكر بالأمر على هذا النحو من قبل.

**رجل الكهف:** يجب أن يكون مفهوماً لدى الآباء أن أبناءهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية هم غير مسؤولين عنها، إنّ ضربهم وعقابهم لا يفيدهم، بل يزيد حالتهم سوءاً بكل تأكيد. يجب عليهم أخذ أبناءهم إلى الأطباء عند ظهور أيّ عوارض لاضطرابات نفسية مثلما يسارعون لهذا عند ظهور أي عوارض لأمراض عضوية. على الأم أن تعرف أنّ ضرب ابنتها التي لديها اضطراب الوسواس القهري لن يحلّ لها المشكلة. إنّ وسواسيتها ليس بإرادتها، إنّها قهرية عليها، لا تستطيع هي مقاومتها، إنّها تكره هذه الحالة أكثر من أمّها التي تنزعج منها. على الأم أن تأخذ الفتاة إلى الطبيب وتساعد ابنتها على العلاج حتّى تحلّ لها المشكلة. لا يوجد طريقٌ آخر.

[332]**داني:** كلامك صحيح بكل تأكيد، لكن ليت الأهل يسمعون.

**رجل الكهف:** داني! إن الخرافة هي التي تحلّ مكان العلم. إذا أردنا تغيير الوضع الراهن نحو الأفضل فعلينا نشر الثقافة النفسية. علينا تعليم الناس وإجلاء بصيرتهم. لا أحد يأتي إلى هذه الدنيا وهو يعرف أيّ شيء. علينا أن نوصل المعرفة إلى إخوتنا في هذا الكوكب كي نستبدل الخرافة والجهل بالعلم والمعرفة. عندها فقط سوف يبدأ الناس، سواء كانوا مرضى نفسيين أو ذويهم، بالحديث عن الاضطرابات النفسية التي يعانون منها، ويطلبون العلاج لها. هل لك أن تتخيل الفائدة التي ستعود على الجميع بسبب كسر الوصمة هذا؟

[333]**داني:** أنا أحاول.

**رجل الكهف:** عندما تكون في مكتبك تراجع الدراسات التي سأزودك بها سوف تفهم كل شيء. داني، كلما تكلّم الناس وخرجوا إلى العلن كلما استطعنا الحصول على إحصائيات أفضل، وبالتالي دراساتٍ أكثر دقّة، وبالتالي رسم خططٍ وسياساتٍ أكثر نفعاً للصالح العام، وأدويةٍ أكثر فعالية، ويصبح لدينا معرفة بأسباب الاضطرابات النفسية بشكل أكثر دقّة، واستثمار أكبر في صناعات الدواء، وهكذا دواليك.

[334]**داني:** هذا بديهي.

**رجل الكهف:** وعليك أن تأخذ في الحسبان أيضاً أنّ كسر الوصمة سوف يشجع الجيل الحالي لدراسة تخصصات في حقل الصحة النفسية أكثر من قبل، لأنّهم سيرَون أن هناك طلباً متزايداً في هذا الميدان. بينما في السابق لم يكن هذا الطلب موجوداً، فكان الطلاب يفضّلون التوجه إلى تخصصاتٍ أخرى يعتقدون أنّ لها مستقبلاً أفضل، وهذا سببٌ جوهري في المشكلة التي نعاني منها حول العالم اليوم.

[335]**داني:** هذا منطقيٌّ أيضا.

**رجل الكهف:** مع الوقت سوف يزداد عدد الأخصائيين النفسيين، وكذلك العاملين في مختلف قطاعات الصحة النفسية، سوف يكون للمصابين بالاضطرابات النفسية تسهيلاتٌ أكبر بشكلٍ عام، وهذا يتحدّد بحسب نوع السياسات التي سيتمّ اتباعها، كما وسيكون هناك فرص شفاءٍ أفضل بكثيرٍ من الآن، وربما بزمن أقلّ وبتكاليف أقلّ من الوضع الراهن. وبهذا نكون قد قمنا بنقلة نوعية في المجتمع البشري وهذا بتوجيه الموارد بشكلٍ أكبر نحو مجال لايزال معظم البشر مترددين في الاقتراب منه. عندها تستطيع أن تبني مجتمعاتٍ أفضل، عندما يكون لديك شعوب بصحة أفضل. ونعم، أنا أعني بصحّة نفسية أفضل.

هذا ما يفعله كسر الوصمة. لا بد لنا أن نبدأ من هنا. لا توجد نقطة بداية أخرى.

[336]**دالي**: يبدو الأمر معقولا.

**رجل الكهف**: لقد أوليت الصحّة البدنية جلّ الاهتمام عبر التاريخ كله، وحان الوقت الآن كي تُولى الصحة النفسية الاهتمام الذي تستحقه.

[337]**دالي**: لا بدّ لي أن أقف مطولاً عند عبارتك الأخيرة هذه.

**لوسيل**: هذا معقولٌ جداً يا رجل الكهف، لكن ألا تلاحظ أنّه لا يحل المشكلة التي يعاني منها الأشخاص اليوم؟ أقصد أن ثمار كسر الوصمة هذا الذي تدعو إليه لن تجنى إلا بعد سنوات ولو اقتنع الجميع بمقترحك هذا.

[338]**رجل الكهف**: أنا لم أسمع عن ثمارٍ يتم حصدها قبل زرعها. هل تعرفين ثماراً من هذا النوع؟

**لوسيل** "بخجل": دعك من الثمار، ما كان عليّ إضافة تلك الجملة بعد سؤالي. ماذا عن اليوم، هذه السنوات القليلة القادمة؟ هل سيستمر الوضع هكذا من ناحية شحّ العاملين في مجال الصحة النفسية؟ ألم يكن هذا أوّل ما قلته لك عندما رفضت أن تحدّثنا عن أدوية لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

[339]**رجل الكهف**: أنا أعدك أن أول شيء سأفعله عندما أمسك بعصا سحرية هو أن أغيّر لك هذا الوضع على الفور. لكن حتّى يحصل ذك علينا أن نعمل سوية على كسر الوصمة متكافلين، يشجع بعضنا بعضاً، ويدعم أحدنا الآخر. من يعلم كيف ستسير الأمور في المستقبل.

**لوسيل** "بحزن": حسناً، إنها لن تصبح أسوأ مما هي عليه اليوم بكل تأكيد.

[340]دالي "بحماس": لديّ فكرة جيدة. بما اننا نتحدث عن الوضع الراهن وحال المصابين باضطرابات نفسية، ما رأيكما في النظر في تعليقات مواقع التواصل الإجتماعي حول تجارب الناس مع اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، بما أنّه محور حديثنا اليوم، فلا بد أننا سنجد فيها ما يثير الاهتمام؟

لوسيل "بعيون لامعة": فكرةٌ جيدة، وانا بدأت أشعر بالبرد قليلاً على أي حال.

رجل الكهف: لا بأس، هيا إلى الداخل إذن، سأعدّ بعض القهوة والبسكويت.

# الباب التاسع والعشرون

## تجارب لمسافرين بين القطبين

*الثلاثة جالسون أمام الشاشة الكبيرة وأمامهم قهوة وبسكويت*

[341]**لوسيل:** هذا تعليق نسمعه كثيرا.

**مسعود:** أعرف الكثير من الناس ممن لديهم هذا المرض وهم لا يعرفون، وهم يسببون الإزعاج لأهلهم وللناس من حولهم. والمشكلة أنك إذا نصحت أحدهم بالذهاب إلى طبيبٍ نفسي، يرد عليك بقوله: أنا أعقل الناس.

**رجل الكهف:** لفت نظري أمران في هذا التعليق، أولهما هو أنّ مسعود يعرف أن هؤلاء الكثيرين لديهم هذا الاضطراب من دون أن يحصل أحدهم على تشخيصٍ به، وهذا أمر غير مقبول. ثانياً، إن جزءاً من عدم اعتراف المريض، أو أهله بوجود الاضطراب، هو الوصمة التي كنّا نتكلم عنها قبل قليل.

[342]**لوسيل:** أتفق معك.

**داني:** أعتقد أنّ مقارنة اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بارتفاع ضغط الدم التي قمت بها قبل قليل تجيب هذا التعليق.

صدام: ما هو سبب الانتقال من الاكتئاب إلى الهوس؟ هل يجب وجود محفّز خارجي كخبر مفرح أو حدث مبهج، أم أنه يأتيك فجأة بدون سبب؟

رجل الكهف: إنّ تلك المقارنة تجيب جزئياً على هذا السؤال. فالحق أنّه يجوز الوجهان. فكما أشرت في تلك المقارنة، أحياناً تكون الاستجابة مبالغاً فيها من قِبل الجهاز الحوفي، فبدل الشعور بالإحباط قليلاً أو الانزعاج قليلاً من أمرٍ مزعج بسيط، فإنه قد يفقد فرامله وينحدر إلى الاكتئاب، من دون مبرر منطقي، لأن السبب أتفه من أن يسبّب الاكتئاب للشخص العادي، لنقل، تعليقٌ مزعج على أحد مواقع التواصل الاجتماعي، أو تذكّره أنه قد فعل أو لم يفعل شيئا ما غير مهم، إلى ما هنالك.

والعكس بالعكس، فقد يتّجه مزاجه عالياً جداً عند حدوث حدثٍ إيجابي يستدعي السرور أو الفرح، لكن مرّة أخرى، جهازه الحوفي يكون كريماً معه في نشاطه فينشط زيادةً عن اللزوم بسبب ذلك المحفّز البيئي. على أنّ حدوث هذه النوبات لا يحتاج، بالضرورة، إلى وجود هذا المحفّز. فهي من الممكن أن تحصل أيضاً من دون أيّ محفزٍ خارجي على الاطلاق. وبالمناسبة، كثيراً ما تكون نوبة الهوس هي المسبّب لنوبة الاكتئاب.

[343]دالي "بدهشة": كيف يكون هذا؟

رجل الكهف: قلت لك بالسابق إن ستةً من كلّ عشر أشخاص تحصل لديهم نوبات اكتئاب حاد مباشرةً بعد نوبة الهوس. (الباب السادس)

[344]دالي: صحيح.

رجل الكهف: في هذه الحالات عندما تبدأ نوبة الهوس بالانسحاب، وينخفض المزاج تدريجياً نحو المزاج الطبيعي، فيحدث أنّ الشخص يبدأ بإدراك كلّ الأمور السيئة التي فعلها، المال الذي أنفقه، الممارسات التي يندم عليها، عقود قام بتوقيعها، أو أيّ شيءٍ يسبّب الندامة، فينحدر مزاجه متجاوزاً منطقة المزاج

الطبيعي متجهاً إلى القطب الثاني للمزاج، أقصد القطب الاكتئابي. وهناك عرفٌ عام، أنّه كلّما طالت نوبة الهوس كلما طالت نوبة الاكتئاب التي تليها، وكلما اشتدّت نوبة الهوس حدّة، كلّما اشتدت نوبة الاكتئاب التي تليها حدّة. لكن تذكّر أن كلّ هذا الذي أقوله هو احتماليات وهذا لا يعني أنه سيحصل مع الجميع بهذا الشكل. لكنّه عرفٌ عام على أقلّ تقدير. وأنا متأكد أننا سنقرأ في التعليقات من تجارب الناس ما يؤيد كل ما أقوله لك.

[345]**دالي**: شكراً على التوضيح. يبدو هذا الشخص على عكس أولئك الذين يعرفهم مسعود.

**دانيال**: أنا ثنائي القطب وأفتخر، وأنا أشرب الدواء وأموري بخير.

**رجل الكهف**: تعليق لطيف. لكن بالفعل لا يوجد ما يدعو للفخر ولا للخزي بأي مرضٍ عضوي أو اضطراب نفسي. إنّها مصادفة جينية أو بيئية محضة.

[346]**لوسيل**: أتفق معك. انظر لهذا التعليق.

**مبارك**: أيّها الناس انتبهوا. قد يشعر بعضكم بهذه الأعراض وهو غير مصاب بها. لقد كنت أعتقد أنني مصاب بهذا الاضطراب من كثرة الأعراض التي سمعتها، ولقد خفت كثيرا، لكنّني معافى ولا يوجد بي مرض في الحقيقة. انتبهوا من المعلومات المغلوطة لأنكم سوف تعيشون في حزنٍ وأنتم غير مصابين بشيء. يجب أن تتأكدوا من طبيبٍ مختص وليس من مجرّد مقطع في اليوتيوب.

خلاصة القول، إنّ مقاطع اليوتيوب غير موثوقة، إنّها ستدمر حياتك وستجعل جميع أمراض الدنيا فيك، لو صدقتها، إذا شعرت بأنّ عندك مرضاً ما، فأقلّ ما عليك فعله هو أن تتأكّد من طبيبٍ مختص وليس من مقطع يوتيوب.

[347]رجل الكهف: أتّفق مع مبارك تماما. لا يجوز أن يشخّص الإنسان نفسه بنفسه من مواقع الكترونية، ولا حتّى من الكتب التي ستنشرها أنت يا داني. كلّ ما في الأمر هو أن يستفيد الإنسان من هذه المواقع، والفيديوهات، والكتب، كي يعرف شيئاً عن هذا المرض أو ذلك، وإذا شك بأنّ لديه هذه الأعراض أو ما شابهها، فعندها سيعرف أنّ لمعاناته تصنيفاً طبياً، وأنّ عليه مراجعة طبيبٍ أخصائي كي يرى حالته ويعطيه التشخيص المناسب في حال كان ينطبق عليه أيّ تشخيص. أو على الأقل إعطاءه العلاج المناسب الذي يريحه من الحالة التي هو فيها.

لكن ما أشار له مبارك أيضاً هو حالة شائعة جداً من شعور المريض بأنّ الأعراض التي يقرأها أو يسمعها تنطبق عليه، وهذا ما يعاني منه مبارك شخصيا كما هو واضحٌ من تعليقه. لذا فإن على من يشعر أن لديه هذه النزعة ألا يخوض في هذا المضمار بل يترك الأمر فقط للمراجعة الطبية، وبالنسبة للذين يقرأون أو يشاهدون تشخيصاتٍ للاضطرابات، سواء النفسية أو العضوية، فإنّ عليهم التدقيق في كلّ كلمة، لأن كلّ كلمة لها مدلولها، فكلمة بعض لا تعني كل، وكلمة معظم لا تعني نصف، وثلاثة أيام على الأقل لا تعني يومين، وعند ضرورة ملازمة بعض الأعراض لمدّة معينة هذا لا يعني أنّ هناك تسامح بالموضوع. بالطبع هذه أمورٌ قد يقرّر الطبيب لاحقا تجاوزها لسبب أو لآخر، أمّا بالنسبة للشخص العادي، فعليه أن يلتزم بحرفية المعايير.

[348]داني: شكرا للتوضيح، هذا سيفيد من سيقرؤون محاوراتنا هذه مستقبلا. وهذا أيضاً تعليق مشابه.

ايناانا: أنا أعرف أنّ أغلب الناس الذي يعلقون ويقولون إنّ لديهم هذا الاضطراب أو ذاك لم يستشيروا أي أخصائي، بل يكتفي واحدهم بالقول أنّه يعرف أنّه يعاني من هذا الاضطراب أو ذاك. إنّ الاضطرابات تتشابه يا إخوتي،

ولا يمكنك التفريق بينها إلا عندما يتابع شخصٌ أخصائي الحالة. على أيّ حال، من الممكن جداً أنك لا تعاني أساساً من أيّ اضطرابٍ نفسي بل هي فقط مجرّد أعراضٍ لديك لكنها لا تطابق معايير تشخيص أيّ اضطراب نفسي. أرجو منكم أن تستشيروا الأخصائيين النفسيين قبل أن تعتقدوا بأن لديكم أيّ مرضٍ نفسي.

**رجل الكهف:** أيضاً لا يسعني إلا أن أتفق مع اينانا وأؤكد على كلامها. وانا أعيه أيضا. معظم الناس يشخصون أنفسهم بأنفسهم.

[349]**الوسيل** "مقاطعة بحماسها الطفولي": دعنا نقرأ هذه التجارب.

**عدنان:** لقد مررت بحالة هوس لكن ليس لدرجة أن أشعر أنّي شخص خارق. لكن كان لدي نشاطٌ غير طبيعي وتسارع للأفكار، وثرثرة، كما أني تكلمت في أمور جنسية، وهذا ليس من طبعي، فأنا شخص خجولٌ عادة. لذا، فإني ندمت بعدها ودخلت في نوبة اكتئاب لدرجة أنّي كنت أفكر بالانتحار بسبب خوفي من نظرة الناس لي، فأنا إنسانٌ محترم ولا يمكن أن أتكلّم بتلك الطريقة. إنّي لم أنم طوال نوبة الهوس، ولا حتّى بعدها عندما دخلت الاكتئاب الحاد، حتّى تمّ إيداعي المشفى وفيه أعطوني حقنة منومة.

[350]**جلال:** أنا مريض ثنائي القطب، وعمري الآن أربعون سنة، ولم أتزوج. هل هناك أحدٌ مريض بهذا المرض وتزوج؟ هل من الممكن أن يفيدني أحد؟ هل ممكن أن ينجح الزواج في ظلّ هذا المرض من ناحية تكوين أسرة وحياة اجتماعية؟ وهل الزوجة تستطيع تفهم نوبة الهوس ونوبة الاكتئاب؟ لأن النوبتين أصعب من بعضهما البعض. أنا في نوبة الاكتئاب أكون غير اجتماعي على الاطلاق، ولا أجلس مع أيّ أحد، ولا أتواصل مع الأصدقاء، بل إني أقفل هاتفي. تبقى حياتي هي التنقل بين عملي ومنزلي. صديقي الوحيد هو عزلتي ووحدتي. لا أعرف العيش مثل بقية الناس، وأشعر أنّ حياتي لا هدف لها ولا معنى.

[351]**ميرنا:** قصتي مع المرض النفسي ثنائي القطب بدأت قبل أربع سنين .أنا طبيبة

متخرجة حديثا، تحديداً السنة الماضية وبمعدل جيّد. بدايةً، كنت دائمة الاكتئاب خلال مراهقتي، لكنّي الحمد لله لم أؤذِ نفسي ولم أصل لمرحلة الانتحار بل كنت متفوقة بدراستي لكني كنت منعزلةً منطويةً بائسة. ببساطة، سنوات مراهقتي هي من أسوأ أيّام حياتي، لا يوجد أسوأ من الاكتئاب. كنت أهرب من المنزل لكي أثير شفقة أهلي وعطفهم لكن ما عدا هذا كنت منجزةً وناجحةً بدراستي. دخلت كلية الطب والاكتئاب ما زال يراودني وأنا أواسي نفسي وأقنعها بأنه ضغط دراسة وأنّ الأمور ستنفرج قريبا.

في السنة الثالثة في كليّة الطب في النصف الثاني من السنة دخلت المستشفى للتدريب. فاجأتني نوبة الهوس في هذه السنة. كنت أشك وأتوهّم أنّ الأطباء في المستشفى يراقبونني، والأطباء يراقبونني وأنا في المولات، وحتّى عندما سافرت إلى دولة أجنبية فالأطباء كانوا يراقبونني هناك. أمّا ما كنت أفعله فهو أنّي كنت أرسل رسائل نصية إلى طبيبة أعرفها من المستشفى أقول لها أن تكفّ هي وأصدقاءها عن مراقبتي. وكنت أشك أنّ هناك طبيباً يعشقني وهو السبب وراء هذه الخطة لمراقبتي فهو يريد أن يعرف كل شيء عني. كنت غريبة الأطوار ببساطة فكنت أرى كاميرات المستشفى وألوّح لها على أساس أنهم يراقبونني وكنت مستمرة بإرسال الرسائل النصية إلى الطبيبة التي أعرفها إلى أن أتى يومٌ واشتكّت إلى مدير جامعتي وهذا الآخر استدعى أمي وقال لها بأنّي مريضة نفسيا.

شُخصت بثنائي القطب واستمريت بأخذ الدواء إلى أن انقطعت عنه تماما، فلم أكن مصدقة بأني ثنائي القطب. ناوبتني نوبة الهوس في السنة الأخيرة من دراستي وكنت أيضا أشك بأن الأطباء يراقبونني وبأنّ هناك طبيباً يعشقني ويراقبني وهنا كنت مهووسةً هوساً غير طبيعي، فأنا لا أستحمّ بحمامي لأنّه مراقب، ولقد كسرت هاتفي لأنه مراقب من قِبل الأطباء، وكل مكان مراقب، وكل الأطباء وحتّى أهلي وحتّى القطط كانوا يراقبونني.

رأيت قطة سوداء عندما كنت أدرس للامتحان النهائي، وهنا انفجرت بالبكاء لأني فكرت أنهم وضعوها أمامي لأنّي كالقطة السوداء شريرة وشيطانة. كنت أعتقد أنّني قطة سوداء. كنت أجلس في كافتيريا المستشفى وأنا أدرس بصوتٍ عالٍ حتّى الأطباء كانوا يقولون عنّي هل هي طبيعية ام ماذا؟ كنت أركض وأجري بالمستشفى، وكنت أغني، كما أني كنت أغني وأرقص في الشارع أثناء نوبة الهوس. كنت كامرأة خارقة لا أقهر.

وإن كل ما ذكرته حتى الآن في كفة، وامتحاناتي في كفة أخرى. لقد كانت امتحاناتي لوحدها كارثة كبرى، حيث أنّي كنت قد قررت مسبقا بأني مشروع رسوب، هذا لأنّي كنت هائجةً مجنونة لا أستطيع ان أجلس في مكانٍ واحد. لكني الحمد الله أخذت الدواء قبل الامتحانات واستطعت أن أنجح. وإني قررت أن أبقى مستمرةً على الدواء لمدّة خمس سنوات على الأقل كما أخبرني الطبيب.

[352]مراد: أنا مصابٌ باضطراب ثنائي القطب، وكنت أعتقد أن الشرطة تراقبني. لكن بعد العلاج اكتشفت أنّها أوهام، لدرجة أنّي أضحك عندما أتذكرها.

سعاد: نوبات الهوس كلّها لدي مريعة. في إحدى المرات كنت سآخذ قرضاً كبيراً جداً لمشروعٍ لا أعرف عنه الكثير، وفي آخر نوبة هوس كنت بمقابلة عمل وأقنعتهم أني أفهم كل شيء في مجال العمل، مع أني لست كذلك، وأنا حتّى الآن لم أستطع فعل أي شيء، لأني لا أفهم أي شيء. يبدو أن عليّ ترك هذه الوظيفة والبحث عن عملٍ جديد. وهو أمرٌ أفعله مرتين بالسنة في آخر خمسة عشر سنة. لقد كرهت نفسي وكرهت حياتي.

[353]إياد: حصلت معي نوبتا هوس أدخلت على أثرهما المشفى النفسي، وأنا مستقر الآن مع أخذي للأدوية.

جمانة: أنا أعرف شخصاً يتوهّم أنّه المهدي المنتظر في حالات الهوس.

سامر: أنا مريضٌ باضطراب ثنائي القطب منذ ثلاث سنوات، وأنا بصحّة جيدة.

محمد: تجعلني نوبة الهوس كالرجل الخارق.

[354]مريم: أنا ثنائي القطب الأول، لدي وهمٌ في نوبات الهوس. أقصد أنّني أتوهّم، أو أخلق، شخصية وأتكلّم معها وأنا في حالة الهوس. إنني أفعل أشياء جنونية في نوبات الهوس. في إحدى هذه النوبات طلقت وتنازلت عن حضانة أولادي، وكنت أرغب بالسفر والتعرّف على أناسٍ جدد وأمورٍ جنونية كثيرة لن أذكرها. وبعد كلّ نوبة هوس أدخل في نوبة اكتئاب حادّ لمدة طويلة. لدي مشكلة عدم القدرة على التحكم في مزاجي، والذي أصبح يتغير أحيانا عدّة مرات في اليوم الواحد. وأحياناً أصبح عصبيةً جداً لدرجة أنّه من الممكن لي قتل شخصٍ دون أن أشعر بأي شيء. أنا تعبت كثيراً، وأعترف أنّي مريضة، ورغم هذا إنّي لا آخذ العلاج. إذا أخذته، فيكون هذا لشهر على الأكثر ثم أتركه.

[355]بول: أنا خسرت جميع وظائفي، وخسرت كل لحظة جميلة في حياتي. كنت أقدم على الأمور في حالات الهوس بدون تفكير. لا أستطيع السيطرة على مالي ومصاريفي. إنّني مدمرٌ تماماً وجميع من حولي لا يدرون، وهذا يقتلني. أنا أموت من الداخل.

داوود: كنت مصاباً بهذا المرض قبل ثلاث سنوات تقريباً، ولقد تعافيت منه مع استخدام العلاج المناسب وإرادتي القوية. أنا أدرس في الجامعة حالياً وأعيش حياة طبيعية.

[356]ساندرا: الهوس هو أوحش شيءٍ في العالم.

روان: لمدة ستّ سنوات كان حبيبي ينسى المواعيد التي يحددها معي، لم أكن أعرف أنّه مريض، إن هذا المرض مؤلمٌ بالفعل. كم أشفق على الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض.

**سها:** إنّ أخي لديه هذا الاضطراب، لقد تعبنا معه جدا. إنّه يكرهني كلّما أتته نوبة هوس ويقول لي كلاماً فيه ألفاظٌ لا يقولها عادة. إنّ نوبة الهوس تبقى لديه لمدة شهر وبعدها ينحدر إلى نوبة اكتئاب.

[357]**صلاح:** أنا أعاني من نوبات هوس حاد لحدّ الهلوسة لفترة أربعة إلى خمسة أيام، وبعدها أدخل في نوبة اكتئاب خفيف أو حادّ لمدة أسبوعين أو ثلاثة، هل هذا ثنائي القطب؟

**رجل الكهف:** مع تأكيدي على أنّ التشخيص يجب أن يكون من قبل طبيبٍ مرخّص يعاين الحالة، لكن لو طابقت نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب، التي يختبرها صلاح، المعايير التي أشرنا لها بالأمس، فيمكن القول أنّه، من حيث المبدأ، لديه اضطراب ثنائي القطب. بحسب كلامه هو لا يطابق شرط المدّة لنوبة الهوس لكنّه يطابقها لنوبة الاكتئاب، لذا فإن طبيعة هذه النوبات وما حصل معه فيها سوف يلعب دوراً جوهريا في التشخيص.

[358]**لوسيل:** كلا يا رجل الكهف. إنّ البعض لا يتفق معك. لا يجب أن يراجع صلاح وغيره الأطباء المختصين.

**خديجة:** إياك أن تراجع الطبيب. عليك بالحجامة عند إنسانٍ متخصص، داوم عليها حتّى تشعر بتحسن. لا تستسلم للأدوية النفسية والأطباء فهم إمّا معدومي الضمير يبحثون عن زبائن دائمين أو قليلي المعرفة وبعيدون عن الدين. إنّهم لن ينفعوك. ألا تعلم ما هو سبب هذا المرض؟ إنه البعد عن الله. لذا، عليك بالحجامة والدعاء والصدقة والالتزام بالصلاة، خاصّة صلاة الفجر.

[359]**نوف:** صدقوني ابتعدوا عن الأطباء والأدوية النفسية، هذا كله علاجه بالقرآن فحسب.

**مناف:** لا تقل لي جينات ولا تقل لي نواقل عصبية، هذا كلّه كلام فارغ، إن هذا

المرض هو مرض روحي، فلا تضحك على عقول الناس.

[360]**سعيد:** إنّ الصلاة والخشوع فيها، ثم قراءة القرآن، تغنيك عن كل شيء حتّى لو كان وراثيا ومن أقوى نوع.

**محاسن:** يا عزيزي لا تتعب نفسك هذا المرض، إنّه ليس مرضاً وإنما هو مسّ شيطاني فقط.

**رجل الكهف:** لوسيل! هلا عدنا إلى التعليقات ذات الصّلة أم أنك تريدين إمضاء بقية السهرة في قراءة هكذا تعليقات؟

[361]**لوسيل** "بخجل": لقد لفتت هذه التعليقات انتباهي. دعني اقرأ تعليقات أخرى.

**لونا:** أنا زوجة، وأم لطفلين، ولقد كنت مكتئبة لسنواتٍ عديدة، ثم فجأة أتتني نوبة هوسٍ قويّة جداً قمت فيها بأفعال بشعةٍ جدا. تعرّضت لردود فعلٍ عنيفة جدّاً من زوجي وعائلتي بما فيها من ضربٍ وإهاناتٍ وتعذيب. وبعد الذهاب لعدّة أشباه أطباء، وجدت طبيباً شخّصني باضطراب ثنائي القطب. لكن للأسف لم يصدّقني أحدٌ من أهلي وأقاربي، باستثناء والدي الغالي.

[362]**نجوى:** إنّ هذا المرض اللعين أكثر سوءاً من السرطان والإيدز. أنا مصابة بهذا المرض اللعين، يتكرّر زواجي وطلاقي، لا أعرف ما ينبغي عليّ فعله، ولا ما لا ينبغي عليّ فعله. لا أستطيع اتخاذ أيّ قرار، ولا إبداء أيّ رأي. إنّ في رأسي شخصين مختلفين. هل لك أن تتخيل في رأسك شخصين مختلفين؟ هذا صراع قوي وعذاب قاهر.

**جرجس:** أنا مولودٌ بشهر مارس ومصابٌ باضطراب ثنائي القطب. فعلاً إنّ هذا المرض قد عذبني، لكن الأدوية كانت ناجعة معه.

[363]**جوزفين:** أنا مريضةٌ بهذا المرض. إنّي أفضل الموت على هذا المرض لأنّ ألمه

النفسي لا يُحتمل. لقد قمت بالفعل بمحاولة انتحار فشلت فيها لحسن الحظ، لأني حالياً أتعالج بدواء ممتاز وحياتي تغيّرت إلى الافضل، لكن يجب عليّ ألا أتوقف عن أخذ الدواء أبداً. إنّ المصاب بهذا الاضطراب يعاني بحق.

خالد: إنّ هذا المرض لعين. أنا إنسانٌ مبدعٌ وذكي جدّا وأعاني من هذا المرض الحقير، أدعو لي بالشفاء، لقد تعبت وأريد أن أعيش في سلام.

مرضي: أنا أعيش في هولندا وأعالج من اضطراب ثنائي القطب منذ ثلاث سنوات، وبنفس الوقت لدي إبداع وأنا أدرس صحافة وإعلام حاليا.

[364]منتصر: تم تشخيصي في بداية الأمر على أنّني مصابٌ بالفصام، ثم على أنّني مصابٌ ببعض من الذهان مع اضطراب ثنائي القطب، وفي النهاية شُخصت على أنّني ثنائي القطب فقط.

قمت بمحاولةٍ شبه انتحارية منذ 8 سنوات حين تناولت جرعةٍ زائدة من الدواء بنيّة النوم الطويل والهروب من الواقع، حمداً لله أنّني مازلت على قيد الحياة، فحياتي تغيّرت كثيرا بطريقةٍ إيجابية.

أفكاري وإبداعي وحتّى طريقة كلامي أحيانا تفوق الحدود خاصّة حين أكون في فترة بلا دواءٍ وفي نوبة الهوس .أنا أستاذ رياضيات، ومبرمج مواقع إلكترونية، وكاتب خواطر وشعر وأغاني راب، وأحسّ أنه عندي قدرة عالية على التمثيل. كنت في فترةٍ ماضية أقوم بتحفيز طلاب البكالوريا عبر مواقع التواصل الاجتماعي على الانترنيت. أنا شخص مثقفٌ وهزلي في آن واحد. مهتمٌ كثيرا بمجال تطوير الذات وتحليل الشخصية والفكر حتّى أنّني طورت حس الفراسة بشكل عال في الآونة الأخيرة. حين يرى الناس كل هذا يرونني ناجحاً مميزاً وسعيداً. ولكن بصراحة حين أكون مع نفسي، خاصة في الحالة العادية أو الاكتئابية، أكره نفسي كثيراً وأحس أنني فاشلٌ جدا ولا أساس ولا سبيل لي في الحياة كي أنجح.

واجهت الكثير والكثير من التحديّات والحمد لله لازلت أطور نفسي دائما. وقد كنت فيما مضى أتابع حالتي مع طبيب نفسي، ولقد كان في الحقيقة يعينني على قضاء أموري وتطوير ذاتي والتحدي الذي ألاقيه. أنا الآن شخصٌ طموح، ولا أحب العمل الوظيفي، بل أحب العمل الحر. لذا، فإنني في فترة ما تحت الهوس (حين أكون ملتزماً بدوائي) أعمل جيداً وأكون نشيطاً ومتحكّماً في زمام الأمور. لكن يحصل معي أحيانا أن تنتهي نوبة تحت الهوس وأدخل نوبة الاكتئاب وأنا لم أكمل كل عملي بل يكون عندي أعمال لزبائن أو لأصدقائي أو تحضيرات لدروسٍ للطلاب، وهذا يسبّب لي الكثير من الفشل والإحباط في الحقيقة.

بإذن الله لن يكون لي مصيرٌ غير النجاح. كثيرون من المصابين باضطراب ثنائي القطب واجهوا التحديات وصمدوا. بإذن الله سأبقى أطوّر نفسي دائما حتّى أبلغ مقصدي. بالمناسبة، إنني أكتب الآن هذا التعليق وأنا في مرحلة تحت المزاج العادي، حيث إنّي الآن أقاوم الدخول في الاكتئاب. شفى الله كل مريضٍ وأعانه ووفقه للنجاح.

[365]دالية: أختي مبدعةٌ وذكية لكن للأسف تغلّب عليها المرض. لقد تأخرنا في الوصول إلى التشخيص الصحيح، لأنّ الأطباء في السابق كانوا يشخصونها على أنّها حالة فصام.

حياتي: بسبب هذا المرض الحقير انتحرت أختي. كلّ هذا بسبب جهلنا بمخاطر هذا المرض مما أدى إلى وصوله إلى مراحل متطورة أدّت إلى انتحارها. علينا التوعية من هذا الاضطراب الخطير، كي نحمي حيوات الناس.

[366]بشار: هذا المرض قد دمّر حياتي، لم أكن أعلم أنّي مصاب باضطراب ثنائي القطب إلا بعد أن استعملت مضاد اكتئاب، حيث أدخلني مضاد الاكتئاب في حالة هوس جعلتني أترك دراستي وأسافر إلى الصين. وبعد عودتي عاد

الاكتئاب مجددا. لقد تعبت، أقسم إني تعبت.

**أكرم:** لعنة الله على هذا المرض، أقسم بالله بعد ما تنتهي نوبة الهوس تشعر أنك مجنون وغريب وأحمق وقمت بتصرفات حمقاء للغاية عندما كنت في حالة الهوس الفظيعة.

**سماح:** لديّ صديق عزيز عليّ لديه هذا الاضطراب. لقد أعجبت بشخصيته الرائعة، إنّه إنسان ذكي، لكن بعد أن تطوّر الكلام بيننا تخاصمنا وصدر منه كلام لم أتوقعه منه اطلاقا حتّى وأنا عصبية. بعد عدّة أشهر اتصلت به فكان لطيفاً معي، وتسامحنا وقال لي أنّه مريض باضطراب ثنائي القطب فتعاملت معه بشكل طبيعي لكن احترق قلبي حزناً عليه. أصبحت أذهب إلى العمل وأنا أتألم، حتّى أصبح أصدقائي يصفونني بالمكتئبة من شدّة حزني من أجله. لم أظهر له أنّي حزينة، وهو لم يعد يتواصل معي منذ ذلك الوقت. حقاً إنه مرض متعب.

[367]**صباح:** لديّ قصةٌ طويلة، لكنّي سأقول باختصار أنّي أعتبر نفسي محظوظةً لأنّه تمّ تشخيصي باضطراب ثنائي القطب الأول بأقلّ من سنة من تشخيصي بالاكتئاب أحادي القطب. لقد كنت على وشك خسارة دراستي الجامعية وأنا في السنة الأولى!

**عبد الرحمن:** آه. أقسم بالله أنّ الجهل نعمة. ليتني لم أعرف أنّني مصاب بهذا الاضطراب.

[368]**يوفال:** يوم آخر ونفس الشيء، لا شيء تغير، كل شيء رمادي ومشوّش.

كنت أعتقد أنّ الحزن سوف يزول في أحد الأيام. إن هذا ليس صحيحاً، إنّه يصبح أكبر فحسب.

أنا أتصرف بشكلٍ طبيعي أمام الناس. إني لا أكره الناس، لكنني لا أحب التواجد بينهم.

إني أبقى داخل الغرفة مع القهوة والسجائر فقط، أشياء تجعلني أسترخي.

هل جربت هذا الشعور؟

أنا أفقد لذّة الشعور بكلّ شيء، الطعام لم يعد لذيذاً وأنا لست جائعاً أصلا، لا أستطيع النوم وإذا نمت أنام قليلاً.

إني أرى الحياة بلا هدف، لكنّي مازلت متمسكاً بحلمي، بيد أني عاجز عن المقاومة.

الأفكار الانتحارية أكبر مني.

وسادتي لا زالت مبللة.

الجميع يقول لي أنني بخير. لا أحد يشعر بما أشعر به، لذلك أشعر بأنّ لا أحد يفهمني، مما ولّد الشعور بالوحدة لدي.

أخاف من الاكتئاب وأنا الذي لا يشعر بشيء، لكنّني أحترق داخليا وعقلي مضطرب.

هذا ما أشعر به كلّ يوم.

القاتل ببطء.. الاكتئاب.

**رجل الكهف**: ما يصفه يوفال هو اكتئابٌ أحادي القطب وليس ثنائي القطب.

369]**الوسيل**: أتفق معك. وأنا حللت الأمر هكذا أيضا.

**ياسمين**: أنا أعالج من اضطراب ثنائي القطب. أنا بكلّ بساطة متقبلة لحالتي، وأصبحت أفهم حالتي النفسية. عندما يأتيني أيّ شعورٍ سلبي لا أقوم بتضخيمه، فأنا أعرف أنّه هبوط في الدوبامين، وأنّه نوبة اكتئاب، وعندما يأتي شعورٌ بالعظمة أو الراحة الزائدة أفسره على أنّه ارتفاع بالدوبامين وأنّه حالة هوس، وبالطبع مع العلاج الكلامي عند المعالجة النفسية بالإضافة إلى أدوية مثبتات المزاج وصلت إلى مرحلةٍ من تقبل المرض لدرجة أنه أصبح صديقاً لي بالفعل. فأنا بسببه اكتشفت ابداعي بكتابة القصص بشكل لافت. عندما

تكون مبدعاً فهذا شيء يجعلك تتقبل المرض. صحيح أنّ اضطراب ثنائي القطب هو اضطرابٌ خطير، لكن علاجه موجود، والتعايش معه جميل وعادي.

[370]**لبنى:** لقد تمّ تشخيصي باضطراب ثنائي القطب الثاني. أنا تأتيني نوبات اكتئاب حاد بشكل متتالي، ولم أصل في نوبات تحت الهوس إلى الشعور بالسعادة أبداً. حياتي كلها اكتئاب. قبل أن يأخذني أهلي إلى الطبيب، حاولت الانتحار عدّة مرات بسبب الاكتئاب الحاد الذي أصابني لسنواتٍ متواصلة، لكن الآن مع مثبتات المزاج ومضادات القلق ومضادات الاكتئاب تحسنت قليلاً، ولو أنّي لازلت أعاني، وأحاول بشقّ الأنفس أن أعيش كل يومٍ بشكل طبيعي.

**صهيب:** بعد بدء العلاج أصبحَت تسيطر عليّ نوبات الاكتئاب أكثر من الهوس بكثير، فالهوس كان موجوداً عندما كنت لا التزم بالعلاج، وعندما التزمت اختفت نوبات الهوس لكن الاكتئاب موجود. الاكتئاب صعب، لا يفهمك أحد، تخسر علاقاتٍ وصداقاتٍ بسبب مزاجك السيء، لا أحد يقدّر تعبك النفسي.

[371] **هاشم:** هذا المرض يصيبني واستطعت التأقلم معه بعد مشاكل كثيرة. مررت باكتئابٍ شديد جداً ثم دخلت بالهوس. الهوس جميل جداً في بعض الأمور ولكن إن تُرك بدون علاجٍ يدخل في دوّامة صعبة جداً من عدم الحاجة للنوم، والصرف الشديد للمال، وبعض أحاسيس العظمة، ومحبّة الألوان الفاتحة، والعطر، والتأنق، والاستماع للأغاني على مدار الساعة، بعد ذلك تتحوّل إلى غضب شديد جداً من أتفه المواقف، قد يؤدي إلى خسارةٍ لكثير من العلاقات الاجتماعية والكثير من الفرص. أتمنى الشفاء للجميع.

**فاديا:** تم تشخيصي بثنائي القطب الثاني بعد سبع سنوات من تشخيصٍ خاطئ بالاكتئاب أحادي القطب. هذا الفيديو ساعدني وساعد الأهل بشكلٍ كبير في فهم المرض وما كان يحدث. لك جزيل الشكر.

[372]**صلاح الدين:** أنا مصابٌ بهذا المرض وحياتي مقلوبةٌ رأساً على عقب. اهتماماتي

في تغيّرٍ مستمر، لا أستطيع الإيفاء بوعودي لأنّ مزاجي يتقلب لدرجة ان شخصيتي متناقضة. أتحمس كثيراً لشراء شيءٍ ما يعجبني، وعندما أصل إلى المنزل ينقلب مزاجي وأندم على شراءه. لا أستطيع تنظيم وقتي. أتحمّس كثيراً للدراسة، لكن فور وصولي إلى المنزل لا أستطيع ان أمسك أيّ كتاب. إذا سألني أحدٌ عن أيّ خطط مستقبلية، للإجازة القادمة، لعطلة نهاية الاسبوع، بل حتّى ليوم الغد، فإن جوابي هو: لا أعرف. في بعض الأوقات أكون مفرط الطاقة، وفي أوقاتٍ أخرى كسولٌ إلى أبعد الحدود. أحياناً تكون الأفكار تتطاير داخل عقلي وأنا أتكلم بسرعةٍ كبيرة محاولاً إخراجهم لكنني لا أستطيع إخراجهم كلّهم لأنهم أسرع وأكثر تشابكاً من أن أستطيع قولهم. ولا يزال هناك الكثير مما لم أذكره هنا.

[373]**أمان:** أخي لديه هذا المرض وكان يتعالج منه ووضعه جيد، لكنّه ترك العلاج لاحقاً بحجّة أن وضعه الصحي ممتاز ولم يعد بحاجة هذا العلاج فعادت له النوبات من جديد. أتمنى أن يرجع إلى تناول أدويته من جديد لأنّ هذا أفضل له، فحياته كانت مستقرّة قبل تركه العلاج.

**جولييت:** لقد تمّ تشخيص ابني باضطراب ثنائي القطب عندما كان بعمر الرابعة عشرة، ولقد كان شاباً ذكياً جداً حتّى أنّه قد دخل كلية الطب، لكنّه بعد ذلك بثلاثة أشهر انتحر بإلقاء نفسه في نهر دجلة.

[374]**صفاء:** أنا أعاني من هذا المرض منذ طفولتي، وقبل سبع سنوات بدأت العلاج لكن لم ينفع معي أيّ دواء حتّى جربت البروزاك 20 وهو بصراحة دواءٌ رائع، مفعوله مثل السحر. أنصحكم به.

**رجل الكهف:** مهلا! هل لاحظتما هذا الهراء؟ إنّها تصف للناس الدواء الذي أفاد حالتها الخاصّة وكأنها تنصحهم بدواء غسيلٍ قد أعجبها تنظيفه. هذه الحالة التي يجب مكافحتها يا صديقيّ. لا يمكن وصف الأدوية للناس بهذه

الطريقة، لقد سبق وشرحت لكما هذا الأمر وكرّرته أكثر من مرّة. نحن لا نتكلم هنا عن دواء بروفين أو باراسيتامول، هذه نصيحةٌ مؤذية بكل تأكيد، وليست نافعةً بأيّ شكلٍ من الأشكال، لاسيما وأنّ البروزاك هو مضاد اكتئابٍ وقلق وليس مثبّت مزاج لثنائي القطب. إنّها تنصح الناس بهذا الدواء وهي لا تعرف من الأساس أنّه ليس دواء ثنائي قطب.

[375]**لوسيل** "ضاحكة": فعلاً هذه كارثة. لا يزال كثيرون في مجتمعاتنا يفعلون هذا عن جهل منهم، يعتقدون أنهم يفيدون غيرهم بينما هم في الواقع يضرونهم.

**كاترينا**: أنا ثنائي القطب الثاني، أتمنى أن أعود كما كنت في السابق. أتمنى أن أشعر بالسعادة التي كنت أشعر بها. لم يعد هناك طعم لأي شيء، ولم تبدأ الأمور الجيدة تحصل لي إلا بعد فوات الأوان، بعد أن انعدم عندي الإحساس. لقد سئمت جداً من هذا المرض.

[376]**باسل**: في الواقع ليست كل تقلبات المزاج هي ثنائي القطب. أحياناً يختلط الأمر على الناس. بالنسبة لي، لقد أتتني الأعراض كلها فجأة. كانت لدي أعراض خفيفة منذ زمن طويل قبل ذلك، لكن أهلي والناس المحيطين بي لم يعرفوا أن حالتي هي نتيجة اضطراب نفسي، وأنا نفسي لم أكن أعرف، وكنت اتجاهل الكثير من الأعراض التي تحصل معي. لكن بعد أن اشتدّت الأعراض قام أربع أطباء بتشخيصي على أني ثنائي القطب. لذا، فإني أنصح الجميع أن يطلبوا التشخيص فور بداية أي أعراض قبل أن تشتد هذه الأعراض لديهم.

**طلال**: لديّ اضطراب ثنائي القطب منذ فترة طويلة جداً، وهو يتفاقم لديّ مع مرور الوقت ولا أحد يريد أن يفهمني لأنّي أجد صعوبة بتوصيل شعوري للآخرين، وعندما أحاول ذلك، فإنّهم يضحكون علي، ويستسخفون الأمر. إنّي أتمنى أن يكون كلّ يوم هو آخر يومٍ لي في هذه الحياة، لقد حطّمني الاكتئاب.

[377]**وفاء**: إنّك تشعر وكأنّك داخل أرجوحةٍ وهي تهتز. مزاجٌ حزين جداً يتبعه

مزاجٌ سعيد جدا: ارتفاعٌ وانخفاضٌ على الدوام تتمنى أن يتوقف أو أن تستطيع السيطرة عليه، لكنّه لا يتوقف، وأنت ليس لديك القدرة على السيطرة عليه. أنا كاتبة، ومرضي ساعدني بكتابة أمورٍ متناقضة ومختلفة. أنا مثلاً أكتب رسائل انتحار وأكتب في التنمية البشرية. هل لك أن تتخيل؟ لهذه الدرجة يؤثّر المرض فيك. إنّ الأمر ليس مجرد مزاجٍ عابر فحسب.

**ليان:** أسمعك الآن وأنا أبكي لأنّني دخلت نوبة اكتئابٍ منذ أسبوع وكرهت نفسي بسببها. هذا ما يحصل معي دائما، أدخل النوبات، فأكره العالم فجأة، وأقطع علاقاتي مع كلّ الناس بدون سبب، وأغضب بدون سبب، وأكره أن أستمع لصوت أيّ أحد، وأشعر بتأنيب ضميرٍ كبيرٍ جداً أيضاً بدون سبب. يدوم هذا لأسبوعين ويختفي بعدها لأنتقل إلى القطب الآخر فجأة، فأصبح مفرطة النشاط، والسعادة، ولا أتوقف عن الكلام، وأمارس الرياضة، وبسبب فرط نشاطي لا أستطيع النوم، وأبقى في حركة دائمة. لقد كرهت هذه الحالة جداً كما كرهت نفسي.

[378]**جان:** باختصار، اضطراب ثنائي القطب هو أن تفرح أكثر من المعتاد وتحزن أكثر من المعتاد. وهذا الصّعود والنزول المفاجئ والسريع خطير جدا.

**محمود:** هذا المرض أشنع من السرطان والإيدز. إنّه يدمر حياتي.

[379]**هيمن:** أنا مريض بمرض ثنائي القطب والوسواس القهري لكنّي تحسنت من هذين المرضين بتناول الأدوية وأنا لا زلت في تحسنٍ مستمر.

**مصطفى:** من بعض الأفكار التي تأتيني وأنا في نوبات هذا الاضطراب هي أن أؤسس منصّة معلوماتية تضم أبرع وأمهر العباقرة في الهندسة المعلوماتية وأن نتحكّم بمشاعر الناس للوصول إلى ما ينفع الدين والمصلحة الذاتية.

[380]**هارون:** مرضٌ خبيث دمرني. ألم النوبات لا يُحتمل على الاطلاق.

سلاف: أحياناً أتمنى لو كنت مصابة بالسرطان لكان أفضل من هذا المرض، فعلى الأقل يكون الناس المحيطون بك فاهمين لوضعك ويتعاملون معك على أساس ذلك، أما كمريض ثنائي القطب، فأنت شخصٌ وحيدٌ وغير مفهوم لأحد.

[381]عبد الجليل: أنا مصابٌ بهذا المرض منذ أكثر من عشر سنوات ولا يزال التأرجح بين القطبين يزعجني. أنا مستمرٌ على تعاطي مثبتات المزاج وأتمنى أن يختفي هذا الكابوس إلى الأبد، وكلي أملٌ أنه سينتهي وأني سأجد السلام في نهاية الامر.

أبو بكر: فعلا إنّ هذا المرض هو الجحيم بعينه. إنّه يجعلك غير قادرٍ على تبنّي أي آراء أو مبادئ أو مواقف ثابتة. لقد شُخصت به قبل خمس سنوات إثر صدمةٍ عاطفية قويّة نوعاً ما إضافةً إلى بعض الضغوطات المتعلّقة بالدراسة وغيرها. ثم أثناء فترة العلاج اكتشف الطبيب أنّني أعاني أيضا من الرهاب الاجتماعي. وعلى الرغم من شعوري الدائم بانفصالي عن الواقع إلا أنّني مواظبٌ على تناول الدواء يومياً بانتظام مع ممارسة الرياضة والتأمل، على أمل أنّ الاستمرارية تحقق الشفاء يوماً ما.

[382]ممدوح: أنا ثنائي القطب الثاني، ومع أنّ فترة الاكتئاب غالباً ما تكون طاغيةً على حياتي تصل لأشهر، إلا أنّي تخلصت من مضاد الاكتئاب بأمرٍ من الطبيب بسبب أنّه يسبب لي نوباتٍ مختلطة لا تُطاق. وأسوأ ما في المرض أنّه يسلبك أجمل ما فيك من صفات وميزات. في الماضي كنت مغرماً بالرسم والكتابة والمطالعة، أما الآن فأنا أشعر أنّه ليس باستطاعتي فعل أيّ من هذه الأشياء. أو بعبارةٍ أوضح أشعر بشللٍ تامّ في التفكير. ومهما تحدّثنا عن سلبيات هذا المرض فلا حصر لها.

[383]سلام: أبي مريض ثنائي القطب. وأنا كنت مشخّصةً بالاكتئاب أحادي القطب قبل أن يتم تشخيصي بثنائي القطب قبل عامين. لدي سبع محاولات انتحار. منذ سنتين بدأت بالتدخين أيضا. في نوبات الهوس أكون مفرطة النشاط،

سعيدة جداً، لا أنام ولا آكل بشكلٍ جيد، لأنّي لا أشعر أنّي بحاجة للنوم والأكل. أشتري الكثير من الأشياء التي لست بحاجتها. أبدع في عملي. من الممكن أن أقوم بسبعمائة عملٍ في الوقت عينه دون أن أشعر بالتعب. يبقى الأمر هكذا حتّى أصدم بالانقلاب نحو الاكتئاب والانعزال عن العالم والتفكير في الانتحار. كما أنّي أختبر الهلوسات في نوبات الهوس ونوبات الاكتئاب. لقد تعبت حقا.

**قدوة:** إنّ ثنائي القطب هو أكثر إنسانٍ يستطيع أن يشعر وأن يعبّر عن أحاسيسه. إنّه الوحيد الذي يشعر بأقوى الانفعالات، سواء التعاسة أو النشاط المفرط. هو يستطيع التعبير بإتقان لكنّه لا يرغب بذلك عادةً لأنّ الناس العاديين لن يستطيعوا فهمه. إنّه أيضاً يكون أذكى من الناس العاديين عادةً.

[384]**حسين:** أشكرك يا مقدم الفيديو، لقد كنت سبباً لرجوعي نوعاً ما إلى الحياة الطبيعية بعد مشاهدتي لفيديوهاتك، فقد كنت أعالج من الاكتئاب وكانت الأدوية تزعجني جداً. لما عرفت منك عن أعراض النوبات تحت هوسية وجدتها تنطبق علي، ولم أكن قد سمعت بها من قبل. لذا فقد ذكرت الأمر للطّبيب فشخصني على أنّي ثنائي قطب ثاني، وغير لي الأدوية، ومنذ ذلك الوقت وأنا في تحسّن مستمر. لن أستطيع إيفاءك حقك من الشكر.

**رجل الكهف:** هذا هو بالضبط ما يجب على الأشخاص الاستفادة منه من فيديوهات اليوتيوب ومن الكتب التي ستنشرها أنت عن محاوراتنا هذه. هذا، وفقط هذا. لا يجوز أن يُشخص الإنسان نفسه بناءً على ما يشاهده أو يقرأه من معايير تشخيص.

**دالي:** هذا صحيح، كنت أفكّر في نفس الأمر.

[385]**لوسيل:** أريد رأيك في هذا التعليق يا رجل الكهف.

**عبد الجليل:** لا تنسوا أنّ الأنا العليا عند الشخص قادرةٌ على جعله يكمل

حياته بشكل طبيعي. إنّ هذا المقطع يصف الاضطراب كما هو في الغرب. لا تنسوا أن غير المؤمنين يختلف علاجهم جذرياً عن المؤمنين. إنّ هذا الفيديو يتكلم عن فئةٍ مختلفة تماماً من البشر لا يجب أن تقيموا اضطراباتكم النفسية بناءً عليها. وأرجو الا تشاهدوا إلا مقاطع فيديو لعربٍ من داخل الوطن العربي حيث يكون مرضاهم من المؤمنين، عندها ستجدون أن تشخيصاتهم تختلف جداً عن تشخيصات أهل الغرب. إنّي أذكركم أن الاختلاف جذري يا إخوتي. استمعوا إلى [البروفيسور فلان وفلان من دجالي اليوتيوب] وستجدون الاختلاف بين تشخيص المؤمنين وغير المؤمنين.

**رجل الكهف:** ما هو التعليق الذي تريدينه منّي بحق الجحيم!

**لوسيل** "ضاحكة": توقعت منك ردة فعل كهذه.

[386]**دالي:** دعينا نقرأ تجارب الناس وآرائهم يا لوسيل.

**داوود:** كان لدي محاولة انتحار مؤخراً وتمّ إيداعي المشفى، وأنا الآن في وضعٍ جيّد.

**علاء الدين:** أنا ثنائي القطب، وإن أكثر المراحل خطراً التي اختبرتها في حياتي هي ستة أشهرٍ من الاكتئاب الحاد بدون تعاطي أي أدوية. إنّها الفترة التي اكتشفت فيها مكامن قوتي.

**شهاب:** لقد دمّرني المزاج، فهو متقلبٌ صعوداً وهبوطاً على الدوام.

**نوح:** الانتحار قرارٌ جبان يحتاج الكثير من الشجاعة.

[387]**الكساندرا:** كان لدي طفولةٌ صحيّة وطبيعية مع كلا الوالدين. في الثالثة عشر من عمري لاحظت تقلباتٍ مزاجية قوية لدي، ومنذ ذلك الوقت وحتّى عمر الواحدة والعشرين كنت أعيش في الجحيم. كنت مكتئبة بشدة ولديّ اضطراب التشوه الجسمي، كنت بدون أصدقاء، وكانت تتمّ مضايقتي لفظياً

ونفسياً في المدرسة وأصبحت علاقتي سيئة مع أهلي وفقدت مصدر دعمي العاطفي ولم يتبق لي من يهتمّ بي. لقد كنت أعيش وحيدة في الجحيم. لقد اعتدت على الهروب من المنزل وأن أهدّد بقتل نفسي. التجأت إلى الربّ كي يساعدني في محنتي، لكن ما كنت أريده هو أن أعيش بشكل طبيعي كما كنت أشعر عندما كنت طفلة. كان والداي قاسيين جداً ويجبرانني على الذهاب إلى المدرسة التي تتمّ الإساءة لي بها. لقد اعتدت على البكاء لعدّة مرات كل يوم. ومع ذلك، أنهيت دراستي ودخلت كلية الطب، واعتقدت أنّ مآساتي قد انتهت وأنّ الحياة ستشرق لي. لكن بعد فترةٍ قصيرة، وأنا بعمر الواحدة والعشرين، أتتني أوّل نوبة هوس مع أعراض ذهانية من أوهامٍ وهلوسات والتي استمرّت لمدة خمسة أشهر. لقد رسبت في الامتحانات بشكل مثير للشفقة، لكن ومع ذلك، تابعت دراسة الطب. لقد تمّ تشخيصي باضطراب ثنائي القطب مع أعراضٍ ذهانية لكنّي رفضت التشخيص ولم أتناول أدويتي. ونتيجةً لهذا، أتتني نوبة هوسيّة أخرى دامت لمدّة ثلاثة أشهر وأنا في عمر الثالثة والعشرين. كنت فاقدةً لعقلي تماما. كنت أرقص في مواقف السيارات، وأركض وأنا داخل المشفى. كانت لديّ رغبةٌ جنسيّة مفرطة وأوهام الإشارة. (انظر رجل الكهف 2019: 78)

خسرت ثمانية كيلوغرامات من وزني في أقلّ من ستة أسابيع على الرغم من أنّني كنت آكل بشراهة. كنت أنام قليلاً جدّا. وعلى الرغم من كلّ ذلك الجنون، فقد نجحت في الامتحانات النهائية في الجامعة، وكان ذلك لأنني أخذت دوائي قبل بدء الامتحانات بأسبوعين. لقد بدأت بأخذ الدواء لأنني أخيراً أدركت أنني بحاجةٍ لشيءٍ ما يجعلني أهدأ. لكن مع ذلك، كنتُ لا زلت غير مقتنعة أنّني مصابةٌ باضطراب ثنائي القطب الأول، لهذا السبب، كنت غير ملتزمةٍ بأخذ الدواء، وكنتيجة لهذا فإنّه في السنة التالية أتتني نوبة هوسٍ أخرى خسرت بسببها صداقة أحدهم، عندها بدأت التفكير بأنني قد أكون

بالفعل مصابةٌ باضطرابٍ نفسي لذا فإنّي التزمت منذ ذلك الحين بأخذ الدواء، لقد مضى أربع سنواتٍ ولم تأتِني أي نوبة هوس، لكن فقط لدي اكتئاب خفيف.

[388]**نيكي:** أنا لديّ الحالة المختلطة من نوبات اضطراب ثنائي القطب. لقد تعبت كثيرا منها.

**هادية:** والله كرهت حالتي التي أنا فيها. أنا إنسانةٌ ضعيفة، ولا يمكن الاعتماد عليها بسبب المزاج المتقلب.

**هدى:** أنا ثنائيّ القطب وتم تشخيصي بعد عشر سنواتٍ من بدء طلب العلاج، وبعد مروري بكل حالات ثنائي القطب الآن تخطّيت حالة المرض بسبب التزامي بالعلاج ووصلت إلى مرحلة الشفاء.

[389]**إبراهيم:** تم تشخيصي بالاكتئاب أحادي القطب وتناولت أنواعاً مختلفة من مضادات الاكتئاب، ثم تم تشخيصي بالفصام وتناولت الأدوية اللازمة، مؤخراً فقط تمّ تشخيصي كثنائي القطب الثاني. لديّ اكتئابٌ حادٌ يستمر لأكثر من شهرين أحيانا. نوبات تحت هوسية تستمرّ أسبوعاً أو أسبوعين مصحوبة بهلوسات متكررة. أكون شديد الانتاجية، مفرط الطاقة، لا احتاج إلى النوم، الأفكار تأتيني من كل حدب وصوب، وأقرأ الكثير من الكتب، وفي نوبات الاكتئاب أفقد الرغبة في كلّ شيء، ولديّ محاولتا انتحار. مزاجي لا يكون طبيعياً إلا لساعاتٍ فحسب.

[390]**سعاد:** أنا لديّ تصالح كبير مع نفسي وليس عندي أيّ حرج من حالتي كمصابةٍ باضطراب ثنائي القطب. أنا عرّضت نفسي للتشخيص عند الطبيب رغم معارضة أهلي وعدم اقتناعهم بضرورة هذا. ولقد عملت على توفير تكاليف العلاج بنفسي. كل زياراتي للأطباء، ما عدا ثلاثةٍ منها، كنت أقوم بها وحيدةً دون أهلي. لقد مررت على تسعة أطباء لكنّي لم أكن أتحسّن بالأدوية. ثم

عندما علمت باضطراب ثنائي القطب بدأت بمراقبة حالتي وطرحت الأمر على الطبيب، لكنّه، كي لا يتراجع عن تشخيصه، قال لي بكلّ سخرية أني مريضة متوهّمة. فعكفت على مراقبة تقلّباتي المزاجية وتدوينها في يوميات عرضتها بعد فترةٍ على طبيبٍ ثانٍ والذي بعد تحليلها أكّد على أنّ تشخيصي هو ثنائي القطب، وهذا كان بعد ثلاث سنوات من جولات التشخيص والعلاج.

[391]هاديا: أنا مصابةٌ باضطراب ثنائي القطب. لا أنكر الأوقات التي مررت فيها بيأسٍ وإحباطٍ وأفكارٍ انتحارية. لقد عشت أوقاتاً مظلمة، لكنّني كنت أشتاق إلى الحياة. وطالما أنا أعيش في هذه الحياة، فإنّ عليّ إيجاد طريقةٍ كي أعيش فيها بشكلٍ صحيح. إنّ أقلّ شيءٍ في نوبات الاكتئاب هو أنّك تتمنى الموت حتّى ولو لم تفكر أو تخطّط للانتحار. لكن يكمن جزءٌ كبير من الانتكاسات في عدم المداومة على الدواء. لو أخذتَ الدواء بالجرعة المناسبة بشكل منتظم سوف تتعايش بشكلٍ أفضل.

[392]علي: أنا مصابٌ باضطراب ثنائي القطب، ومن تجربتي أنصح ألا يتعاطى أحدٌ العلاجات غير الدوائية. إنّ المخدرات والمسكّنات تفقّد مفعولها مع الوقت ويضطرّ المرء إلى زيادة جرعاتها بشكل مستمر، وعندما يعتاد الجسم عليها تصبح غير فعالة كما كانت في البداية.

إن المخدرات والمسكّنات تتلاعب بالشخص. إنّها خبيثة، تظهر برداءٍ منعش ولكن مزيف. حتّى السجائر والكحوليات وكلّ المسكنات الدوائية وغير الدوائية هي وهمٌ وسرابٌ زائف. أنصح الجميع بالأدوية العلاجية. من الممكن أن يحتاج الشخص إلى وقتٍ حتّى يجد الدواء المناسب مع الجرعة المناسبة، صحيحٌ أنّها في البداية لا تعطيك تلك النشوة والأحاسيس العالية، لكنّها هي الأفضل على المدى الطويل. وهي غير مزيفة، ولا تُدخلك في دائرة الوهم ولا تتلاعب بك. خذ وقتك واتّخذ القرار الشجاع كما فعلت أنا.

[393]**صفوان:** أنا الآن في نوبةٍ تحت هوسية، وأنا أحبّ هذه النوبات وأعرف كيف أستفيد منها، بينما الاكتئاب كارثي، إنّه يقتلني حرفياً. الآن أنا لم أنم منذ حوالي الثمانين ساعة، وعندما أنام أستيقظ بعد ساعتين أو ثلاثة، وتستمرّ هذه الحالة، أقصد نوبة تحت الهوس، لمدّة أقلّ من أسبوع، بينما تستمر النوبة الاكتئابية أكثر من شهر.

[394]**فاطمة:** أنا شخصياً أعاني من اضطراب ثنائي القطب منذ خمسة عشر سنة حيث مررت بأول نوبةٍ تحت هوسية دامت حوالي أربع أيّام. حينها اعتقد أهلي أنّني أصبت بالسحر وأحضروا راقي لمعالجتي. وبعدها بدأت تأتيني نوبات اكتئاب ونوباتٌ تحت هوسية بشكلٍ متكرر. وبسبب عدم خضوعي لأيّ علاج أصبَحت نوبات الاكتئاب حادّة جداً وأصبحتُ أتنقّل بدون فواصل زمنية بين نوبات الاكتئاب الحاد والنوبات التحت هوسية. وقبل خمس سنوات أصبت بنوبة هوس شديدة اضطرّت أهلي كي يأخذوني إلى الطبيب الذي شخّصني بالفصام.

بدأت بأخذ العلاج الذي خفّف كمّ الهلوسات التي كنت أعاني منها أثناء نوبة الهوس ولكنّها أدخلتني في نوبة اكتئابٍ كانت الأكثر حدّة في حياتي، ومما زادها حدّة هو أنّي كنت غير متقبّلةٍ للمرض وأقول أنّي لست مجنونة بحسب التعبير الشائع. وعلى مدار السنوات التي تلت ذلك، وبعد أن قرأت بالصدفة اسم اضطراب ثنائي القطب في نشرات أحد أدويتي، وهو اضطرابٌ لم أسمع عنه من قبل، أثار الأمر اهتمامي فبحثت عن المرض وتعرّفت عليه أكثر، وقمت بمتابعة دقيقة لحالتي المزاجية طوال الفترة اللاحقة فوجدت أنّ معايير تشخيص اضطراب ثنائي القطب تنطبق علي، فعرضت هذا الأمر على الطبيب فوصف لي مثبت مزاج كي آخذه بشكلٍ مستمر، بينما أبقى على علاجي السابق، مضاد الذهان، كي آخذه فقط عند شعوري بعلامات بداية نوبة هوس. وبالفعل استقرّ مزاجي، واختفت الأعراض الاكتئابية تماماً وأهمّها تمني الموت

باستمرار والتفكير الجديّ بالانتحار.

[395]طه: بعد عدّة سنواتٍ من نوبات الاكتئاب اكتشفت أخيرا أنّي ثنائي القطب، وأصبحتُ أسير في الطريق الصحيح لعلاج المرض.

جمالة: كم هو صعبٌ أن تكون غير قادرٍ بالفعل على أن تحدّد ما الذي عليك فعله أو أن تتّخذ أيّ قرارات. أن تشعر أنّك غير قادرٍ على ضبط انفعالاتك وأنّك عفوي زيادةً عن اللزوم. أو أن تشعر أنّ الناس غير فاهمين وأنهم مخطئون في طلبهم لك بأن تخفّف من انفعالاتك أو تزيدها.

[396] فريحة: إنّ الضرر الذي يُلحقه ثنائي القطب بالمحيطين به أكبر من الضرر الذي يلحقه بنفسه. بالنسبة لي، أتمنى لو لم أكن ثنائي قطب فقط من أجل إنقاذ علاقاتي.

أميرة: للأسف إنّ الجهل يجعل البعض يعتقد أنّ المرأة ثنائية القطب فتاةٌ دلوعة وغنجة. لقد خرجت مؤخراً من المشفى النفسي. بعدما أمضيت شهوراً في قعر الاكتئاب أصبحت فجأة نشطة أركض في كل مكان وألعب مع ابني وكأنّي ولدت من جديدٍ في هذه الحياة. أتكلّم مع الناس دون تركيز، وبعد أن ينام ابني، أنزل في منتصف الليل إلى الحديقة، أختبئ بين الأشجار وأبكي وكأنّني أعيش أجواء الحرب العالمية الأولى.

[397]دلال: أنا لديّ اضطراب ثنائي القطب. عندما أكون في نوبة اكتئاب ولا تكون لديّ طاقة فإنّي أجلس في المنزل، لكن عندما تكون نوبة الاكتئاب مترافقةً مع ملامح مختلطة فإنّي أكون نشطة وأذهب إلى العمل وأقابل الناس وأمارس حياتي لكن المشكلة هي أنّني أكون حساسةً جداً وفي قمّة العصبية ولا أتحمّل أيّ شيء، وهذا يسبّب لي مشاكل في عملي ومع الأشخاص المحيطين بي، كما أنّي أخسر أصدقائي بسبب هذا. لقد تعبت.

# الباب الثلاثون

## الزواج والانجاب بين القطبين

*الثلاثة جالسون أمام الشاشة الكبيرة وأمامهم فناجين قهوة نصف فارغة وبعض البسكويت*

[398]**لوسيل:** أريد رأيك في هذا السؤال.

**سيرين:** أنا أشك أن زوجي مصابٌ بهذا الاضطراب، هل يمكن الاستمرار في الحياة الزوجية إن هو رفض العلاج؟ بالمناسبة، هو عنيفٌ جداً معي لدرجةٍ لا تطاق.

**رجل الكهف:** لا يمكنني أن أقول لأحدٍ أن ينفصل عن أحدٍ آخر، لكن بغضّ النظر عن الاضطراب، وبغضّ النظر عن طلب العلاج، أنا، كقاعدةٍ عامة، لا أعتقد أنّه يجب على أيّ إنسانٍ العيش مع شخصٍ يقوم بتعنيفه.

[399]**لوسيل:** أشاطرك الرأي بالتأكيد، وعلى عكس سيرين التي تفكّر بالطلاق، فإن عائدة تفكر في الزواج.

**عائدة:** حبيبي مصاب بهذا الاضطراب ولا أستطيع الانفصال عنه لأنّي أحبّه

كثيراً، وأنا أخاف ألا يقبل أهلي بزواجنا. أنا سليمة ولا أعرف ماذا أفعل، أرجوكم انصحوني، ماذا عليّ أن أفعل؟ هل من الممكن لنا أن نتزوج؟ هل من الممكن أن نعيش بشكل طبيعي؟

**رجل الكهف:** هذا سؤالٌ يتكرر كثيراً، مثل السؤال السابق. إنّ أهلها هم من يجيبون على سؤال هل من الممكن لها أن تتزوج أم لا. وأنا لا أعرف ما هو الشكل الطبيعي للحياة الزوجية الذي هو في مخيّلة عائدة كي أجيب على سؤالها الثاني. لكن ما يمكنني قوله لها، هو أنّ الأمر يختلف من شخصٍ لآخر، لا يمكنني أن أعطي تعميمات وأنا لا أعرف حبيبها ولا أعرف حالته. فكما لاحظتما من التعليقات، إنّ درجة معاناة الناس وحدّة النوبات التي يختبرونها ودرجة تأثير الاضطراب على حيواتهم تختلف من شخصٍ لآخر بشكلٍ كبير. قد يكون حبيبها من أولئك الذين تأتيهم نوبة واحدة مرة كل عدة سنوات، وقد يكون لديه دوران سريع للنوبات. قد يكون لديه هواجس انتحارية أو نوبات ذهانية من المحتمل ألا ترغب بها عائدة على الإطلاق. وقد يكون لديه مجرّد نوباتٍ من فرط النشاط والإبداع والرغبة الجنسية، وهذا ما قد يعجب عائدة.

أيّا يكن، عليها أن تعرف أمرين، أولهما هو أن زوجها المستقبلي يجب أن يخضع للعلاج، ويلتزم به بغض النظر عن طبيعة نوباته. وهذا العلاج قد يختلف بحسب طبيعة حالته، وبالتالي تختلف آثاره الجانبية أيضا. والأمر الثاني، وهو الأهم، هو إدراك أنّه في حال أنجبت ثلاثة أطفال، هناك احتمال أن يكون واحدٌ منهم مصاباً باضطراب ثنائي القطب أو الاضطرابات ذات الصّلة، أو الاكتئاب أحادي القطب، أو الفصام. وهذا الاحتمال أعلى بكثيرٍ مما لو لم يكن والدهم مصاباً بهذا الاضطراب. (انظر الباب الأول)

[400]دلالي: موضوع الأولاد هذا هو أكثر ما يشغل تفكيري في مثل هذه الحالات،

يمكنك التعامل مع الحالات الموجودة والمرور بظروف الحياة الصعبة وتجاربها، لكن إنجاب طفل إلى الحياة تعرف مسبقاً أن احتمالية معاناته عاليةٌ جدًا، هو أمرٌ لا أستطيع تقبله.

**رجل الكهف:** لا تدعني أبدأ الحديث عن موضوع الإنجاب!

**دالي** "ضاحكا": كلا، كلا، سأصمت. وسأدع لوسيل تقرأ لنا بعض التعليقات.

[401]**حميدو:** عائلتي مكوّنة من ستة أشخاص اثنان منهما لديهما اضطراب ثنائي القطب، والذي ورثاه، على الأغلب، من والدي.

**كنعان:** أنا مصابٌ بهذا الاضطراب. كل الناس يقولون لي أنّني أتقدم بالعمر ويسألونني متى سأتزوج. مستحيل أن اتزوج وأنجب أبناءً أظلمهم وأجعلهم يعيشون حياةً مدمرة. إضافة إلى أنّ عصبيتي التي ترتفع مع الوقت قد توقعني في مشاكل مستقبلية، قد أفقد بسببها عملي، أو أدخل السجن، لذا، فمن الأفضل ألا أضع على عاتقي أي مسؤوليات إضافية.

[402]**خولة:** زوجي لديه اضطراب ثنائي القطب، وهو رجل بخيل. عندما يدخل المنزل وهو مبتسم وبيده بعض المشتريات أخاف وأقول في نفسي، لقد عاودته نوبة الهوس مجددا.

**نيفين:** كامرأة ثنائية القطب وتعاني من مجموعةٍ كبيرة من الاضطرابات النفسية الأخرى، وكابنة لأم نرجسية، أتمنّى من كلّ امرأة تعرف أو تحسّ أنّ لديها اضطراباً نفسياً أن تحاول ألا تحمل، وأن تلجأ إلى الإجهاض إذا أرغمت على الحمل. أما أنا فأعتذر لعمر العشرين لسوء الاستخدام وعدم إدراك تشخيصاتي. لقد قضيت سنواتي وأنا أعتقد أنّ القهر والبكاء المستمر سببهما نرجسية أمي أو سببهما جارنا المهووس بالقاصرات. حتّى إنّ هروبي من البيت بعمر الست سنوات وشربي لكمية كبيرة من الديزل نسبتهما لمعاملة والدتي

لي، والتي هي على ما يبدو بريئة. الخلل يكمن فيَّ أنا. لو كنت أعرف مرضي منذ ذلك الزمن لكنت تحملت العيش مع أهلي ولما كنت تزوجت وأنجبت وطلقت. وأنا أشعر من خلال سلوكيات ابني أنّ لديه نفس الاضطراب، ثنائي القطب، لكني سأبذل ما بوسعي كي أوفر له بيئة وتربية تخفف أو تمنع ظهور الاضطراب لديه.

[403]صابرين: خالي يعاني من اضطراب ثنائي القطب لأكثر من عشرين سنة. هو إنسانٌ جميل ومحترم ومثقف جداً لكن للأسف نوبات المرض تعاوده لأكثر من مرّة، على الرغم من تناوله للأدوية، لأنّه يتعاطى المخدرات (الحشيش) وهذا ما يمنع استقراره لمدّة طويلة. هو يتفهّم مرضه ولكن تفسيره لحالته هو أنّ مرضه ليس سبب مشاكله كاملة، لذا يدخّن الحشيش ليضبط أعصابه، وهذا خطأ طبعاً.

هذا مرضٌ وراثي في عائلتي من جهة الأم، ثلاثة من إخواني مصابون بالأمراض النفسية المشتركة جينياً مع ثنائي القطب، ذهان، وفصام بالنسبة لأخوتي الذكور، أما أختي فلديها اضطراب ثنائي القطب وتعاني من نوبات اكتئاب وانعزال طويلة جدا. الحمد لله الوضع الصحي لأخوتي جميعهم مستقر ودائماً نتابع معهم علاجهم وهم يعون درجة خطورة مرضهم لذلك لا يغفلون عن الأدوية التي أصبحت شيئاً عادياً جداً ولا تؤثر سلباً على حيواتهم اليومية لأنّها تكون في وقت النوم فقط وهذا أمر فعّالٌ جدا. أمّا بالنسبة لأبناء خالي فظهرت علامات المرض عند أحد أبنائه وهو تحت المراقبة الطبيّة بشكلٍ مستمر.

يوسف: عمري أربع وعشرون عاماً، مصاب بهذا الاضطراب، أدرس في الجامعة ومتفوق في تخصصي، لكني أعاني من الاكتئاب، وقررت ألا أتزوج كي لا أنجب أبناء يعانون مثل معاناتي.

[404]**عبد الصمد:** من ذاق لوعة الاكتئاب بحق، لا يمكن أن ينجب أبناءً إلى الحياة.

**رولا:** أخي لديه هذا الاضطراب ولقد تعبنا منه جداً. أحياناً يكون مكتئباً وأحياناً في حالة هوس. إنّ هذا المرض متعبٌ بالفعل، لا أعتقد أنّ حياة أخي الزوجية ستستمر، فمن يستطيع تحمل العيش مع شخص لديه اضطراب ثنائي القطب؟

[405]**أمينة:** أخي مصابٌ باضطراب ثنائي القطب. خلال السنوات الثلاث الأخيرة أتته ثلاث نوبات. إنّه لا يلتزم بالعلاج لأنّه ينزعج من الآثار الجانبية كتشويش الرؤية وعدم التركيز، ولأنّه يعتقد أنّه سليم وأنّ الناس هم السبب في مرضه. إنّه متزوج ولديه ابنة وعلاقته تتأثر بزوجته وابنته أثناء النوبات.

**مونيا:** إنّ حبيبي لديه هذا الاضطراب، عندما يكتئب كان يختفي وينعزل وأنا لم أكن أعرف بمرضه، فكنت أسمِعه كلاماً جارحاً، لكنه بعد انتهاء النوبة يعود ويتكلم معي بشكل طبيعي.

[406]**ليلى:** زوجي مصابٌ بهذا المرض ويعتقد أنّ مرضه بسبب سحر أقوم أنا به مع أنّه يعرف تمام المعرفة أني لا أؤمن لا بالسحر وبالجن، لكنّه المرض!

**فريحة:** زوجي مريض ثنائي القطب ويعتقد أنّي أقوم بالسـحر ويعاملني كأني عدوة له. إنّي أعاني معه جدا.

[407]**إيناس:** أنا مريضة بهذا المرض، عندما تأتيني النوبات يضربني زوجي ضرباً مبرحاً ويقول لي أن آخذ الدواء وأنتحر لأنّه لا يريد العيش مع إنسانة مختلة عقليا. لقد تعبت بحق.

**سحر:** زوجي مريض باضطراب ثنائي القطب ولم يصارحني قبل الزواج بهذا. بعد زواجنا بأربع شهور بدأت ألاحظ عليه سلوكيات غريبة، وبعدها بشهرٍ اكتشفت حقيقة أنّه في نوبة ثنائي قطب. وبعد بحثي ومعرفتي لطبيعة هذا

المرض، وبسبب عدم مصارحته لي من البداية، رفعت دعوى طلاق في المحكمة على الرغم من حبي له، بيد ان غشه لي وعدم الاعتراف بحقيقة مرضه حتّى بعد دخوله المشفى النفسي، بل إنّه اتهمني أنّني أنا السبب في دخوله المشفى والسبب في أنّه خضع للعلاج بالصدمات الكهربائية. لقد شعرت أنّي أقابل شخصاً غريباً عني لم يسبق لي معرفته من قبل.

[408]**ناعسة:** عمري خمسة وثلاثون سنة، بدأت أشك مؤخراً أن عندي اضطراب ثنائي القطب الثاني وأبحث حالياً عن طبيب كي يشخص حالتي. وضعي معقّد لأن زوجي لديه نفس تقلّباتي المزاجية، وبالتالي من الممكن أن يكون لديه أيضاً نفس الاضطراب. إنّ أخي مشخص باضطراب ثنائي القطب الأول. ولديّ أربعة أبناء كلهم لديهم تقلبات مزاجية، ثلاثة منهم يسيطر عليهم الاكتئاب أكثر بينما الرابعة، وهي الأصغر، يسيطر عليها فرط النشاط أكثر.

إنّ عدم استقرار مزاج أولادي يجعلهم يقصّرون في دروسهم. لقد بدأت أتفهّمهم وأتفهّم نفسي بعد أن كنت أعتقد أنّ لدي عائلةً غريبة الأطوار فحسب، خاصة أن الأهل دائما يتساءلون عن قلّة الانتباه عند أولادي برغم تفوقهم الدراسي كما أن جميعهم موهوبون بالرسم. حالياً أنا أعاني من تقلّبات شديدة ما بين الاكتئاب والهوس الخفيف ولا أحد يقتنع أنّي بحاجة للعلاج. إنّهم يظنون أني بحاجة للسفر فحسب ليعتدل مزاجي. كيف لي أن أسافر وأنا لا أرغب في الحياة أو حتّى في الخروج من البيت! إنّهم لن يفهموا لأنّهم لم يمروا بهذا الإحساس.

[409]**زهور:** يؤنبني ضميري بسبب التعاسة التي أجلبها لحبيبي. نحن في علاقة منذ عامين وهو صابرٌ على تقلباتي المزاجية، ولقد حاولنا الانفصال بضع مرات. أنا متقلبة على الدوام. في الليل أنا إنسان، في النهار أنا إنسان آخر. أنتقل من الحب المجنون إلى الكره التام، من الهدوء والاحترام إلى الجنون والشك. كنت

أدخن وأشرب الكحول بكثرة. ولقد بدأت الآن بالتحسن من كل ذلك.

[410]**لوسيل:** سأقرأ لكما محادثة.

**آمنة:** بعد تشخيصي باضطراب ثنائي القطب لم أعد أطيق أي علاقة مع الجنس الآخر، والسبب الأكبر هو أنني لو مررت الجين لأحد أبنائي فهذا يعني أني متعمّدة فعل ذلك. لذا، فإن تزوجت يوماً ما، فمن الأفضل أن يكون بعد سن اليأس.

**رباب:** من الممكن أن تتزوجي شخصاً لديه أبناء ولا يرغب بإنجاب المزيد من الأولاد، وأن تقومي أنت بإجراءات منع الحمل.

[411]**آمنة:** نعم فكرة جيدة. شكرا لك.

**عبد الملك:** هذا ليس بمبررٍ يا آمنة. أسأل الله أن يرزقك الزوج الصالح والذرية الصالحة وأن يكونوا معافين من كل الأمراض. إنّ الله هو من يقدّر ما هو مكتوب، وكثير من الناس لديها أمراض مزمنة، وأمراض نفسية وهم أناس متقبّلون لحالاتهم الصحية، متأقلمون ومتعايشون معها، وهم منتجون في المجتمع.

**دالي "بتوتر":** لا تعليق على كلام هذا الرجل!

[412]**لوسيل:** دعنا نقرأ هذا الحوار.

**ابتسام:** حبيبي مصاب باضطراب ثنائي القطب. نحن مرتبطون لمدّة ستة سنوات. بعد مرور سنتين ونصف على بداية العلاقة أخبرني أنه ثنائي القطب. تأقلمت مع الوضع وحاولت أن أوفر له وسائل الراحة ما أمكنني، كما أننا ناقشنا موضوع الزواج. في السنة الأخيرة حصلت بيننا مشاكل كثيرة، فقد بدأ يشكّ فيّ كثيراً ويتهمني اتهامات فادحة بشدّة وغير حقيقية. مرّة يقول لي أنّ علينا أن نتزوج ومن ثم يقول لي أنّ علينا الانفصال. وبعدها يرسل لي قصائد

شعرية. لا أعرف ماذا أفعل.

**مارلين:** أنا مصابة باضطراب ثنائي القطب وأقول لك أنّه لا يوجد شيءٌ يجبركِ على تحمل هكذا شخص. هو فقط المسؤول عن مرضه وعن علاجه وعن توفير ما يحسن من حالته. إذا كنتِ تتأذين من هذه العلاقة، فانسحبي وابني نفسك من جديد. إنّ المصاب باضطراب ثنائي القطب يعرف كيف يدير أموره بنفسه ومع المساعدة الطبية، لكن ليس من حقّه أن يسيء لمن حوله وخاصة لحبيبته.

**نيفين:** يجب أن يكون خاضعاً للعلاج، ويجب أن يكون أهله فاهمين لمرضه وأن يدعموه ويدعموك، وألا يلقوا بالعبء عليك، يكفيك تعاملك مع تقلباته المزاجية. إنّ الارتباط مع ثنائي القطب هو خطوة يجب عليك دراستها بشكلٍ جيد وأن تعرفي كيف ستحصلين على الدعم عندما تحتاجينه. لقد قيل في هذا الفيديو أنّ واحداً من كل خمسة أشخاص مرتبطين بأشخاص لديهم اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة يعانون من الاكتئاب. وعليك أن تفكّري أنّك لا تضرين نفسك فحسب، بل سيكون هناك أولاد يتأثّرون باكتئاب أمّهم ومرض أبيهم. وسيكون هناك احتمالٌ كبيرٌ أن تمّرر جينات والدهم لهم وتظهر عليهم أعراض ثنائي القطب وهم في فترة المراهقة.

ناهيك عن العواقب المادية للمرض. هل سيستطيع العمل وكسب المال أم أنكِ بحاجةٍ لدعمه؟ هل سيصرف على المنزل أم سيكون بخيلا، أم ربما سيكون مبذراً للمال، أم أنّه سيعرف كيف يدير مصاريفه ويوزع نفقاته باتزان صحيح؟ في أوقاتٍ كثيرة هو لن يكون قادراً على اتّخاذ القرارات، خاصة تلك الهامّة منها مثل زيارة الطبيب، أو بيع منزل، أو استثمار للمال، فيجب عليكما أن تتفقا على صيغةٍ لإدارة القرارات بشكلٍ لا يضرّ بهيبته الاجتماعية ولا تؤثر على حياتكما بنفس الوقت.

ما الذي ستفعلينه عندما يدخل في نوبة الاكتئاب والانعزال؟ ما الذي ستفعلينه عندما يكون متبلّد المشاعر وكأنه غير موجودٍ في هذه الدنيا؟ باختصار، يا عزيزتي، هناك الكثير من التحديات التي يجب دراستها وإيجاد إجاباتٍ حازمة لها قبل الدخول في علاقة مع شخص لديه اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة. على أيّ حال، يجب أن تفهمي أنّ أي زواج فيه مشاكله وتحدياته الخاصة، والزواج من ثنائي القطب ليس باستثناء. ختاماً، اعلمي أنّك أنتِ أيضاً فيك عيوب كثيرة.

ويليام: أنا مريض ثنائي القطب وأنصحك ألا تكملي معه لأن حياتك ستكون تعيسة.

[413]دالي: لفت نظري رجل قد كرّر تعليقاته عشرات المرات، حيث تجده يطرح قصته ويحاول الكلام مع الناس في كل فيديو له علاقة بثنائي القطب. سأقرأ كما جانباً من إحدى المحادثات التي أجراها كي تأخذا فكرة عن معاناة هذا المسكين مع اضطراب ثنائي القطب الأول.

عبد الفتاح: أنا مريض اضطراب وجداني ثنائي القطب وحياتي متوقفةٌ تماماً. أصابني هذا المرض الغريب اللّعين عندما كنت في السنة الرابعة بكلية الهندسة جامعة القاهرة، أي منذ حوالي اكثر من 15 عام، وصار عمري 40 عام إلى الآن ولم أتزوج وفشلت أكثر من خطوبة بسبب هذا المرض. أنا غير قادرٍ عيش الحياة أو تقبّلها كحال باقي الناس. أصبحت وحيداً وابتعدت عن كلّ أصدقائي وأهلي وعائلتي حتّى صارت الوحدة صديقي الوحيد. خرجت من نوبة هوس مؤخراً وحالياً أنا بنوبة الاكتئاب. في الواقع إنّي أخاف من أن أخرج من الاكتئاب كي لا أقع فريسة نوبة هوس، لأنّ نوبة الهوس تكون مشاكلها كثيرة، وأبذّر الكثير من المال على أمورٍ تافهة بينما أعتقد حينها أنها أشياء هامة. كما تأتيني ضلالات فكرية وأفكار مغلوطة ومتناقضة. وإنّ أكبر ألم لي

هو تعب أمي وإخوتي ومعاناتهم معي أثناء نوبة الهوس.

أرجوكم لو تستطيعون مساعدتي على الخروج من بين مطرقة الهوس وسندان الاكتئاب لأن النوبتين مؤلمتين جداً جداً حتّى أصبحت أخاف من الارتباط أو الزواج كي لا أظلم إنسانةً معي أو أكون سبباً في تعاستها مثلما أنا تعيسٌ في هذه الحياة. فاقد الشيء لا يعطيه، فكيف لي أن أعطيها الحب والأمل والتفاؤل وأنا فاقد أصلا لمعنى وجودي بالحياة. أتمنى أن تردّوا على رسالتي، وما هي نصائحكم لي وتفسيركم لحياتي وظروف مرضي؟ هل أقبل بارتباط أو زواج وتكوين أسرة أم أتجنب ظلم أي فتاة معي؟ كيف ستفهمني في نوبة الهوس وكيف ستتحملني في نوبة الاكتئاب! فمن لا يعيش أو يمرّ بهذا المرض مستحيل أن يفهمه أو يستوعبه، مع العلم أنّني في نوبة الاكتئاب أرفض فكرة الارتباط تماماً أما في نوبة الهوس أكون مقبلاً عليها لكن الأهل يرفضون لأنهم يكونون مدركين أنّي في نوبة الهوس في حين أنني لا أعترف أني مريض وأنا في نوبة الهوس لدرجة أني أرفض أخذ العلاج بالكامل، وينتهي بي الحال بالحجز في مستشفى نفسي حتّى تذهب نوبة الهوس، ثم أخرج وتبدأ معاناتي مع نوبة الاكتئاب التي تكون أشد ألما من نوبة الهوس. فالاكتئاب كأنه قاتل صامت. حينها، تبدأ الأسرة في تشجيعي على الزواج وأنا في حالة رفض تام، وهي رغبة والدتي وأمنيتها الوحيدة. أنا فعلا لا أعرف ما الذي عليّ فعله. هل أتزوج على أيّ حال ولو أنّي أشعر أنّي سأفشل في هذا الزواج وأظلم إنسانة معي؟ منتظرٌ رد حضراتكم ونصائحكم، أخوكم في الإنسانية _ عبد الفتاح.

[414]هيماء: نصيحتي لك هي ألا تتزوج. أنا متزوجةٌ منذ عشر سنوات من شخص لديه اضطراب ثنائي القطب. زوجي عمره الآن واحدٌ وأربعون سنة ولديّ منه طفلان. إنّ الحياة صعبة جداً معه لأنّه غير قادرٍ على تحمّل المسؤولية على الإطلاق. إنّه ينام أغلب الوقت بسبب الأدوية، وفي أوقات نوبات تحت الهوس لا يشعر بما حوله، يخرج كثيراً، يبذّر الكثير من النقود. أنا أقول لك أنّك سوف

تظلم السيدة التي ستتزوجها في كل شيء. وفي حال قُدّر لك الإنجاب، فإنك ستظلم أولادك أيضا.

وبالمناسبة، فأنا قد فكرت كثيرا في الطلاق لكني دائما ما أتراجع عنه لسبب لا أعلمه. والكثيرات من السيدات لا يتحمّلن أيضا. وعلى أيّ حال، لديّ نصيحة ثانية، في حال قررت أن تتزوج، فكن صريحاً معها منذ البداية بطبيعة مرضك بكل تفاصيل حالتك، ودع القرار لها دون أيّ ضغط عليها. وفي حال وافقت، أتمنّى ألا يرمي أهلك كل العبء عليها.

في الوقت الذي أكتب لك فيه هذا التعليق زوجي محتجزٌ في المشفى بسبب نوبة هوس. أنا طلبت هذا لأنّني وحيدة، وأهله لا يريدون المساعدة لأنهم تعبوا من نوباته وأرهقهم ماليا أيضا، وهم غير معترفين أنّه مريض. إنهم يقولون لي أن أتركه وهو سيتعلم من أخطاءه. هل لك أن تتخيل ماذا يفعل الأهل بأبنائهم؟ إنني أعرف وأشعر بمعاناتك لأن من يعيش مع المريض يعاني مثل المريض تماماً، إلا أن الفرق يكمن في أنّ الذي يعيش مع المريض يتحمّل كل المسؤولية، ولو كان لديه أولاد، فالمسؤولية أعظم.

في نوبات الهوس يصل الأمر بزوجي إلى الانقطاع عن الصلاة، التي لا ينقطع عنها على الإطلاق عادة، بل إنه قد أفطر في شهر رمضان، كل هذا بسبب انعدام الوعي، إنّه يرفض أخذ الأدوية لأنه يقول أنّها أتعبته، وهذا شيءٌ خاطئٌ بالطبع. يسهر لیالٍ كاملة خارج المنزل، يقترض المال ويقوم بتبذيره. إنّه في الحقيقة يهدر أموالاً طائلة في نوبات الهوس. ويدخّن السجائر بشراهةٍ بشعة جدا.

كلّ هذه الأمور أنا عايشتها مع زوجي. في الواقع، لو تمّ تدارك نوبة الهوس منذ بدايتها فإن الأمر يكون أسهل قليلاً وعواقبها أقل سوءاً، لكنها في بعض الحالات تكون حادّة جداً لدرجة أنه ينتهي به المطاف في المشفى. وهذا ما حصل معه الآن، ومرّة قبل أربع سنوات. ومع هذا إنّ أهله يقولون لي أنّني

سبب حالاته هذه. رغم أنّي أذهب معه إلى الأطباء وأحجز له في المشفى وأقتر على نفسي كي أوفر له العلاج. لكن أهله متغافلون أو غير مدركين لطبيعة مرضه. لأنهم يبحثون دائما عن السبب، لكنّهم لم يبحثوا أبدا عن الحلّ للخروج من هذه الحالة.

أنصحك بمتابعة العلاج. اترك أيّ شيء، مهما كان مهما، والتزم بالدواء بانتظام، ولا تغيّر الكثير من الأطباء إلا للضرورة. إنّ التعايش مع اضطراب ثنائي القطب أفضل بكثير من إهماله. أتمنّى الشفاء لك، ولزوجي، ولكل مريض.

[415]عبد الفتاح: أختي اشكرك على نصيحتك لي واهتمامك وردّك على رسالتي وأعانك الله على هذا الابتلاء ورزقك الصبر وجعل جزائك جنّة الفردوس إن شاء الله ويسّر الله الشفاء العاجل لزوجك وكتب لكم السعادة في الدنيا والآخرة .أما من خلال معايشتي لهذا المرض لا أعرف كيف تأتي السعادة مع هذا المرض الذي من الممكن أن يؤدّي إلى الانتحار في نوبة الاكتئاب وعجائب وغرائب الأفكار والسلوكيات في نوبة الهوس.

من الأفضل لي أن أعيش في نوبة الاكتئاب لسنين على أن أعيش في نوبة الهوس لأسبوع، لأن نوبة الهوس خسائرها كبيرة، حيث إنّي أصرف النقود على أشياءٍ تافهة ومن الممكن أنّي لست بحاجة اليها، لكنّها تكون مهمّة في عقلي ومخيلتي أنا فقط. وفي نوبة الهوس يكون عندي ضلالات فكرية ودينية تأثر على تفكيري وأفعالي وسلوكياتي، والمشكلة الأكبر، هي أنّي لا أعترف حينها أنّي مريض وأرفض أخذ الأدوية، ومن الممكن أن أنام ساعة واحدة وأسهر كثيراً وأخرج كثيراً وأصبح ثرثاراً، لكني أعتقد أنّي طبيعي، مع أنّ كل من حولي من الأهل والأصدقاء يكونون متأكدين بسبب تصرفاتي وأفكاري وسلوكياتي أنّ نوبة الهوس قد أصابتني وأنّه يتوجّب عليّ أخذ الأدوية أو أن أدخل المستشفى النفسي، ولكن أنا الوحيد الذي أكون غير معترف أني مريض وأنّي بحاجةٍ لعلاج.

هذا طبعاً غير الأفكار الغريبة التي تكون في دماغي وأنا في نوبة الهوس، منها مثلاً أن أحس بأنّي مراقب من خلال المخابرات العالمية وأنّه يتوجب عليّ تخليص البشرية من هذا الواقع المرير الذي وصلت اليه. وتظل الأفكار تتوارد على عقلي من كل حدبٍ وصوب حتّى أتخيّل أنّ أهلي وكلّ من حولي وكل من يتعامل معي يقومون بالسحر لي وأنّ علي فك هذا السحر بطرقٍ غريبة تأتيني في عقلي وكأنها وساوس.

ولمّا تطول نوبة الهوس توصلني الأفكار والضلالات الفكرية والدينية إلى أنّه يتوجّب عليّ أن أبحث عن خلاص البشرية وأبحث عن مخلص آخر الزمان. طبعا وقتها يدخلني الأهل المستشفى النفسي بالإكراه وأخضع للعلاج، يعطونني أدوية وحقنا وجلسات كهرباء للمخ، وأخرج بعد فترة من المستشفى وكأنهم قد أجروا لي غسيل مخ، أكون نسيت كثيراً من الأحداث والتصرفات والأفكار التي كانت بدماغي، وبعد فترة عندما أبدأ بتذكر بعض التصرفات والسلوكيات أو الأفكار التي كانت بدماغي أحزن جداً وأحتقر عقلي وتصرفاتي، وأتعجّب كيف كنت معتقداً بهذه الأفكار والتصرفات الغريبة! ومع مرور الوقت أدخل في نوبة الاكتئاب والتي من الممكن أن تبقى معي سنين. ثم أبدأ بإهمال العلاج وأخشى من أخذ مضادات للاكتئاب لأنها قد ترجعني لنوبة الهوس.

الغريب جداً بالنسبة لي هو أنّه تتكرّر لدي في كلّ نوبة هوس نفس الأفكار والتصرفات والسلوكيات. إنني أصبحت أخاف الخروج من نوبة الاكتئاب خوفاً من الدخول في نوبة الهوس لأنهما عكس بعضهما تماما، لكن نار نوبة الاكتئاب أفضل من جنة نوبة الهوس. ومن المستحيل على أحدٍ أن يفهم أو يشعر معاناة هذا المرض إلا من أصيب به أو شاهد وعايش عن قربٍ مريض ثنائي القطب، ولذلك أنا أرفض الزواج حتّى لا أظلم إنسانة معي، حتّى لو صارحتها بطبيعة مرضي وحكيت لها تفاصيله فأنا أتصور أنّها لن تدرك حقيقة الأمر أو تفهم ما

هي مقبلةٌ عليه. ويبقى لدي استفسار، ما هي الأعراض والأفكار والسلوكيات التي تكون لدى زوجك في نوبة الهوس؟ وهل نفس الأعراض والأفكار والسلوكيات تتكرّر في كل نوبة هوس؟ وكيف يتعامل مع نوبة الاكتئاب. وشكراً اختي على نصيحتك.

[416]فاطمة: إن فكرت في الزواج إيّاك أن تكذب أو تخفي مرضك على خطيبتك. هذه نصيحتي لك. وبالتوفيق.

لوسيل: يبدو رجلاً يائساً مسكيناً، إذا كان هذا مجرّد مقتطف من عشرات المحادثات التي يجريها على هذا النمط. دعنا نقرأ بعض الحوارات الأخرى.

# الباب الواحد والثلاثون

## حوارات بين القطبين

[417]لوسيل: سأقرأ لك هذه المحادثة اللطيفة بما فيها من نصائح فتاة يافعة.

**سميرة:** عمري واحد وعشرون سنة، بقيت أتعذّب تسع سنوات قبل حصولي على تشخيصي الحقيقي.

**بيسان:** لقد خرج أخي من المشفى بالأمس، وهو الآن بخير. إنّ هذا المرض بالفعل صعب التشخيص يا سميرة. أتمنى لك الشفاء.

**سميرة:** اسأل الله أن يعينكم على الوقوف بجانبه ودعمه. إنّ الثقافة حول هذا الاضطراب مهمّة جدا كي تستطيعوا التصرّف بالشكل الأمثل. كما أنّ عليكم أن تهتموا لصحّتكم النفسية كي لا تتعبوا أنتم أيضا. من المهم ألا تُشعروه أنّه عبئ على العائلة، لأنّنا كمصابين باضطراب ثنائي القطب عادةً ما نشعر هكذا. ولا تعاتبوه على نوبات غضبه التي قد تحدث، ولا تأخذوا كلامه وهو في تلك الحالة على محمل الجد، لأنّنا في ثورات الغضب هذه لا نعرف ما الذي نقوله، لسنا نحن من يتكلم، بل إنّه الاضطراب هو الذي يتكلم.

وإن عاش شعور الحزن لا تسألوه لماذا هو حزين، فنحن عادةً لا نعرف

سبباً لهذا الحزن. فقط احضنوه وأصغوا إليه دون محاولة تصحيح حالاته أو إعطاءه نصائح. فقط أعطوه كلمات الدعم مثل: نحن نحبك كيفما كنت، نحن نعرف أنّ ما تمرّ به صعب جداً، نحن بجانبك، أنت فخر لنا، إنّه ليس من السهل أن يحارب الشخص عقله، لكنّك أثبتّ أنك قادر على ذلك، حبيبي، حياتي، إلى ما هنالك. وأهمّ شيءٍ هو ألا تقولوا له ألا يأخذ الدواء وأن يكتفي فقط بقراءة القرآن أو الكتاب المقدس كي يذهب عنه الحزن والكرب. هذه العبارة لا يجب أن تُقال على الإطلاق.

ولا تقولوا جملاً من مثل: أنت مؤمن فلماذا تعيش هذه الكآبة؟ هذه الجمل مؤذيةٌ جداً، لأنّ هذا الاضطراب هو خلل في كيمياء الدماغ، لا يمكننا التحكّم بهذه الحالات التي تمرّ بها. نحن مؤمنون كثيراً كي نستطيع الاستمرار، ولكن هذا هو دماغنا. إنّه ليس من المنطقي أن نقول لشخص لديه السكري ألا يأخذ إبر الأنسولين، وأن يكتفي بالصلاة وستكون أموره على ما يرام.

داليا: من الطريف كيف أنها تمزج بين نصيحتها لبيسان، وبين كلامها بصيغة الجمع، إنها في الحقيقة تكتب الكلام الذي تودّ هي قوله لعائلتها بالضبط. هذا واضح تماما.

418] الوسيل: دعنا نقرأ هذا الحوار السريع.

رشدي: أُصبت باضطراب ثنائي القطب الأول وأنا بعمر التاسعة عشرة، وخضعت للعلاج، والحمد لله شفيت منه نهائيا. عمري أربع وأربعون سنة ولم أخضع لأيّ علاج ولم تحصل معي أي نوبات منذ حوالي السبع سنوات. أتتني النوبة الأولى قبل ثلاثة أشهر من امتحانات الثانوية العامة. ومع ذلك نجحت في الثانوية العامة، وبعدها دخلت الجامعة وحصلت على إجازة بكالوريوس، ومن ثم ماستر، ومن ثمّ دكتوراة. تزوجت وأنا أدرس الماجستير وأنجبت أوّل طفلٍ وأنا في بداية دراسة الدكتوراة. الآن لدي ثلاثة أولاد، وأعمل

في وظيفة ممتازة.

بيير: إبني ذو التسعة عشر عاماً يعاني من هذا الاضطراب منذ سنة. لم يستطيع إكمال دراسته. إنه لا ينفك يؤجل السنة الدراسية لأنّه لا يستطيع التركيز والدراسة وحفظ الدروس، وهو الآن يتعالج. شكراً لك لأنّك أعطيتني أملاً بالشفاء من المرض.

[419]لوسيل: وهنا أيضاً محادثة.

جولي: ماذا يمكننا، كأشخاص معافين، أن نقدّم لمرضى اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟ هل نتعاطف معهم أم نتجاهل مرضهم؟ إنّي بحقٍ أريد أن أعرف كيف يمكننا مساعدتهم.

ماري: أنا كمريضة ثنائي قطب أقول لك أنّ عليكم التعاطف والتفهّم لكن بدون شفقة. أتمنى أيضاً أن تثقفوا أنفسكم عن المرض جيداً وأن تفهموا كل شيءٍ بالتفصيل. نحن لا نريد شفقة، وإنما نريد أناس متفهمة ومثقفة تفهم حالتنا وبكل تفاصيلها.

[420]دالي: بعد أن عرفنا رأي ماري، دعينا يا لوسيل نقرأ هذه المحادثة.

حمزة: أرجو أن تعلمنا، يا مقدّم الفيديو، طريقة التعامل مع الأشخاص غير المتفهمين، فنحن كمرضى ثنائي القطب نعاني من هذه المشكلة كثيراً سواء من الأهل أم الأصدقاء أم المجتمع ككل. انتحر اثنان من أقاربي بسبب هذا المرض وبسبب جهل الأهل الذي تسبّب بتفاقم المرض لديهما.

ملك: كيف يؤذيك الآخرون بعدم تفهمهم؟ هل لك أن تخبرنا بمواقف أو تفاصيل عن معاملتهم لك وكيف تعتقد أنت أنه كان من المفترض أن يعاملوك؟

حمزة: هل عندك مريض ثنائي القطب؟

**ملك**: نعم، فهل يمكنك أن تساعدني كي أفهم كيف يجب عليّ التعامل معه؟

**حمزة**: حاولوا ألا تتعاطفوا معه كثيراً، عاملوه بشكل طبيعي. ولا تلوموه على عدم قدرته على أداء بعض الأعمال او الدراسة. وإذا كانت عنده تصرفات غريبة كالانعزال أو أفعال غير منطقية فعليكم أن تفهوا أنّها من تأثير المرض عليه وأنّه غير قادرٍ على التحكم بها. أعطوه مهمات بسيطة يقوم بها، واهتموا به وأوصلوه إلى الطبيب المناسب واحرصوا على أن يتناول أدويته بانتظام. لأنّ أصعب شيء على مريض ثنائي القطب هو أن يستمر بأخذ أدويته. ابتعدوا عن مضايقته وعن نعته بالمنعزل أو الانطوائي أو الكسول.

**ملك**: وماذا لو كان يقوم بالتعنيف والكذب؟

**حمزة**: عليكم أن تفهموا أنّ العنف، وفي معظم الوقت الكذب أيضا، هو من تأثير المرض. لا تتصادموا معه بالكلام ولا تكذّبوه أو تحتقروه، بالعكس وضحوا له أنّكم مهتمون به لكن بدون شفقة، وعند أخذه إلى الطبيب، يجب أن يتم هذا بإقناع.

**ملك**: هل هناك وقت يفكّر فيه المريض ويكتشف أنّ كلامه خاطئ، أم أنّه يبقى مقتنعاً طوال الوقت بما يقوله ويفعله؟ هل يفكّر في العنف الذي يقوم به ويندم عليه أم أنّه يبقى شيئاً ضبابياً أو أنه لا يتذكر أسبابه وكيفيته؟

**حمزة**: إنّه بعد كلّ نوبة يعود شبه طبيعي ويندم على أغلب الأمور التي فعلها أثناء النوبة، ومن ضمنها العنف والكذب.

**ملك**: وما هو وضع عدم الشعور الذي قد يختبره المصاب باضطراب ثنائي القطب؟ هل هذا بسبب مثبّتات المزاج أم بسبب الاكتئاب أم أنّ المريض لا يستطيع أن يشعر بالآخرين بسبب مرضه فحسب؟ وماذا لو وصل إلى وضعٍ دائم من النوبات المختلطة، هل يشعر بالندم أو يستطيع تفهّم ما قام بفعله

على حقيقته؟ وبالنسبة للأفكار الغريبة التي يبنيها بشكل لا منطقي، والتي يسمّيها الناس كذباً، هل يأتيه وقت ويكتشف لا منطقية أفكاره أم أنّه يكمل حياته مقتنعاً بصحتها ولا ينتبه إلى الأمر؟

حمزة: إنّ حالة عدم الشعور تكون بسبب جرعات عالية من مثبتات المزاج التي تجعله، حرفياً، لا يشعر بأيّ شيء، لا حزن ولا فرح ولا حب ولا أي شيء. الأفكار الغريبة تكون فقط ضمن النوبات، أما عندما تنتهي النوبات ويعود إلى مزاجه الطبيعي فإنّ أفكاره تعود طبيعية وسليمة. وإن النوبات المختلطة هي أسوأ ما قد يختبره المصاب باضطراب ثنائي القطب. إنّه يصبح متوتراً وعصبياً بسبب مزاجه الغريب. قد يشعر بحاجةٍ ماسة للقيام بالكثير من الأشياء لكن ليس لديه الطاقة للقيام بأي شيء. قد يكون مرهقاً جداً لكنّه بنفس الوقت غير قادر على النوم لأيام.

المهم هو أن تعرفي يا ملك أن عليكم التعامل معه كمريض، وليس كإنسان طبيعي، وأن تساعدوه بأخذه إلى الطبيب باستمرار وبحرصكم على ممارسته للرياضة وعلى تناوله الأدوية باستمرار.

وإنّ أفضل شيءٍ تفعلينه له هو أن تمشي معه على الشاطئ وأن تستمعي له بدون أن تناقشيه. واعلمي يا ملك أنّ كلامه وأفعاله في النوبات ليست صادرة عنه. بل هي تأثير المرض. ومن حين لآخر تخفّ عنده حدّة النوبات ويرجع شبه طبيعي فيندم على كثيرٍ من القرارات والأفعال التي قام بفعلها في فترة النوبات المختلطة أو نوبات الهوس أو نوبات الاكتئاب.

وفي حال طلب منكم أن يبقى وحيداً فدعوه وحيداً ولا توبخوه. إنّه بالفعل يكون محتاجاً لأن يبقى وحيداً ووجود آخرين حوله لن يحسّن من حاله بل سيزيده توتراً داخليا. إنّ العصبية مصدرها أنّه يشعر بأشياء معينة ويغضب لأنكم لا تشعرون بما يشعر به ولا تتفهمون مشاعره، فأرجوك يا أختي أن تتفهموا مرضه وأن تساعدوه في الالتزام بالأدوية، وفي المشي السريع

على شاطئ البحر أو في الحديقة، لأنّه إن تفاقم شعوره بالغضب على من حوله أو على نفسه قد يؤذي أقرب الناس اليه كأبيه وأمّه، بل إنه قد ينتحر.

[421]الوسيل: وهذه محادثة تؤكّد ما تكرره لنا يا رجل الكهف.

ألكساندر: أنت مشكلتك، يا مقدم الفيديو، أنّك مثل الكتب، تعطينا معلومات عن الاضطرابات ولكنك لم تجد لنا أيّ حلول. ما هي الفائدة في أن أكون، أنا أو غيري، على وعي بأنّ لدينا أحد هذه الاضطرابات، وأن نشاهد مقاطعك بالساعات، ثم لا نجد أيّ استفادةٍ من هذه المشاهدة؟ بما أنّك تصور هذه الفيديوهات، فأكمل معروفك لمتابعيك وأعطهم طرق علاجٍ منك أنت شخصياً وليس طرقاً تبنّيتها من غيرك. فنحن نثق بك والدليل هو مشاهدتنا لمقاطعك أنت بالذات. هل اتّضحت الصورة؟

مقدم الفيديو: ألكسندر، أنت تطلب علاجاً لأمراض حقيقية. أنت لا تطلب مني حبّة دواء مسكن لألم الأسنان وينتهي الأمر. هذا علاجٌ يا أخي، إنّه علاج! أنت بحاجة إلى طبيب يدرس حالتك ويصف لك الأدوية المناسبة، ويقوم بتجريب عدّة جرعاتٍ منها، وقد يقوم بتغييرها، وقد يتطلّب الأمر القيام بتحاليل وفحوصات دورية، وعليك تحديد خطّة علاجٍ لحالتك، والكثير من الأمور الأخرى. سأكون مجرماً لو تجاوزت حدودي وقلت لك أن تأخذ الدواء الفلاني او تتبع كذا وكذا.

أنتم معتادون على الدجالين الذين يفتون في هذه الأمور. أنا لست بدجال. وإنّ كل ما أقوله لك هو أنّه إن كنت تشكّ بأن هذه الأعراض تنطبق عليك، أو على أحدٍ من معارفك، فإنّ هذا يدعو إلى الذهاب إلى طبيب واستشارته في الأمر. كما أنّي أعطيك معايير التشخيص كاملة كي تعرف ما هي محددات هذا المرض أو ذاك بالضبط. إنّ العلاج من الاضطرابات النفسية أمر معقدٌ جدا. فأرجو ألا تسمع لأيّ أحد يفتي بالعلاج منها على اليوتيوب أو التلفزيون أو

مواقع إلكترونية ونحوها.

# الباب الثاني والثلاثون
## تساؤلات بين القطبين

[422]**خولة:** لقد حصلت معي نوبة الهوس مرتين، واحدة قبل أربع سنوات والأخرى قبل ثلاث سنوات. أريد أن أعرف هل يتم تصنيفي كثنائي قطب؟

**رجل الكهف:** في حال كانت خولة بالفعل قد اختبرت نوبتي هوس يحققان معايير نوبة الهوس كما شرحناهما بالأمس، وهذا أمرٌ يحتاج إلى أن يدققه الطبيب، فهي لديها اضطراب ثنائي القطب الأول.

[423]**الوسيل:** كلامك صحيح بناءً على معايير تشخيص اضطراب ثنائي الطب الأول، الذي يتطلب نوبة هوسٍ واحدة فقط لتشخيصه. (انظر الباب السادس)

**دالي:** هلا نظرنا في بعض الأسئلة الأخرى؟

[424]**فؤاد:** هل الهوس يعني السعادة؟

**رجل الكهف:** كلا ليس بالضرورة، ألم نقرأ تعليقات الناس التي عانت من الهوس؟ ولا بدّ أننا سنقرأ المزيد منها أيضا.

[425]**كنان:** هل ممكن أن تكون الأعراض موجودة بمستوى مقبول نوعاً ما وتتفاقم

لاحقا؟

**رجل الكهف**: بالتأكيد، وكثيراً ما يكون الحال هكذا.

[426]**ميسون**: هل يشترط لتشخيص نوبة الهوس وجود مزاج رائع؟

**رجل الكهف**: كلا، هذا ليس من شروط تشخيص نوبة الهوس.

[427]**لوسيل**: هذا صحيح. انظر هذا التعليق.

**مرزوق**: أنا يسيطر على تفكيري في نوبات الهوس المتكررة في كلّ مرة، أفكارٌ تخص السحر والشعوذة وأشعر أن الآخرين، حتّى أقرب الأقرباء، يستخدمون السحر معي. هل من الممكن أن تشرح لي ما علاقة هذا المرض بالسحر، وما هي الأدلّة لديك التي تثبت ارتباط المرض بالسحر؟

**رجل الكهف**: هذا مثال على الوهم الذي قد يرافق نوبة الهوس. لا بد أنّ مرزوق يعيش في مجتمع يشيع فيه الحديث عن أمور تتعلق السحر، فعقله الباطن مليءٌ بهذه الأفكار، فمن الطبيعي أن تأتيه هذه الأوهام.

[428]**مريانا**: أختي مصابة بهذا الاضطراب، كيف يجب علينا التعامل معها؟ هل نتعامل معها بعنف أم بطريقة ودية؟ كلما عاملنا بطريقة وديّة ازدادت تطلّباً. إنّها تتابع العلاج عند الطبيب لكن مزاجها جيد لعشرة أيام، وتكون عصبية المزاج لعشرة أيام أخرى.

**رجل الكهف**: اعتقد أن نصيحة سميرة التي قرأناها قبل قليل تجيب مريانا. بالتأكيد ليس بالعنف، كلمة عنف يجب أن تُمحى من قاموس الجميع، سواء في التعامل مع مرضى نفسيين أو مع أشخاص معافيين. إنّ العنف يسبب امراضاً نفسية لكنه لا يشفي منها.

[429]**كريستينا**: ما هي علاقة العمر باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات

الصلة؟ لماذا عندما يكبر الانسان لا يصاب به؟

**رجل الكهف:** الأمر ليس هكذا. لقد قلت لكما إن اضطراب ثنائي القطب نادراً ما يبدأ قبل سن العاشرة أو بعد سن الأربعين. (الباب الأول) سبب هذه الندرة هي أنّ الاضطراب ناتجٌ عن خلل في نشاط الدماغ على الأغلب نتيجة سبب وراثي، ولهذا فإنّه لن ينتظر أربعين سنة حتّى يبدأ بالظهور. إنّ الشخص لا يصاب باضطراب ثنائي القطب في وقت ما من حياته البالغة. الاحتمال الأكبر أنّه قد وُلد وهو مصاب به، أو أنّه تعرّض لأذيةٍ ما في طفولته أدّت إلى حصول هذا الاختلال في نشاط دماغه، لكن ليس وهو رجل بالغ. وهذا ما تقوله الاحصائيات عالميا، إنّه من النادر أن تبدأ أول نوبة ثنائي قطب في حياة شخص معافى بعد سن الأربعين. وأذكركما أنّ كلمة نادر لا تعني مستحيل.

[430]**صدام:** هل العلاج يؤثر على الدراسة؟

**رجل الكهف:** اضطراب ثنائي القطب يؤثر على الدراسة، وليس العلاج منه.

[431]**فرناس:** أرجوك ساعدني، أفكّر بالانتحار لكن بنفس الوقت أريد أن أعيش، إني أتناول المهدئات بكميات كبيرة، ولدي كآبة قاتلة. لا أعرف ما العمل.

**رجل الكهف:** العمل هو أن تذهب إلى طبيب مرخص تتابع معه العلاج. تناول المهدئات هكذا ليس حلاً على الاطلاق. لا بد من متابعة طبية وتحديد أنواعٍ معينة من الادوية بجرعات مضبوطة تناسب الحالة، وليس الأمر مجرّد تعاطي عشوائي للمهدئات.

[432]**سعيد:** أتتني أوّل نوبة هوس عندما كنت في الرابعة والثلاثين من عمري، عندها اعتقدت أنّي المهدي المنظر. وكانت مختلطة مع نوبة هلع وخوف فظيع واستمرت لمدة أسبوع. عندها زرت الطبيب وبدأت العلاج. لكن لاحقا، عندما تزوجت، أوقفت الدواء. وخلال فترة حمل زوجتي كنت أنام طيلة

الوقت، وبعد الولادة تفاقم الوضع وانتني نوبة هلع وهلوسة وخوف وشكّ ممتزجة ببعضها. وبعدها شفيت تماما، لكن عاودتني الحالة بعد عام. أنا أكون مدركا لما أنا عليه وأطلب الذهاب إلى الطبيب. وبعدها أدخل نوبة اكتئاب طويلة لمدّة تصل إلى عامين، فما رأيك، هل أنا مصاب باضطراب ثنائي القطب الأول أم الثاني؟

**رجل الكهف:** لا يبدو لي أنها مصابة باضطراب ثنائي القطب أساسا، ولا أعتقد أنه قد تمّ تشخيصها به، فلو تم تشخيصها به لما سألت على اليوتيوب. يبقى الحكم للطبيب الذي درس الحالة بالطبع.

[433]**ديانا:** عمري ثمانية وثلاثون سنة ولم أعد قادرة على تحمل الوضع الذي أعيش به. نوبات الهلع القوية لديّ في ازدياد مستمر، أصبح عندي فوبيا من الموت، وأنا آخذ مضادات اكتئاب. تزداد معي حدّة النوبة عند الحزن وعند الفرح، لم يعد لديّ أمل بالحياة، فقدت اللذة تماما بكل شيء، حتّى إن رغبتي الجنسية قد ماتت. أصبحت أحب الوحدة. أرجوك ماذا افعل.

**رجل الكهف:** أيضاً يبدو أنّ ديانا ليس لديها ثنائي القطب. وما عليها فعله هو مراجعة الطبيب

[434]**وردة:** هل من الممكن أن ترجع مشاعر الشخص الذي يعالج من اضطراب ثنائي القطب الثاني كما كانت عليه من قبل، أن يحبّ زوجته وأطفاله؟

**رجل الكهف:** نعم، بالطبع.

[435]**لوليانا:** هل نوبات المصاب باضطراب ثنائي القطب الثاني تتأثر بالبيئة المحيطة فيه؟ أقصد هل الناس المحيطين به وردود أفعالهم وتعاملهم معه له تأثير على نوباته؟

**رجل الكهف:** بالتأكيد.

[436]جبران: كان لديّ أعراض نوبة هوس، وتمّ تشخيصي بأنّي ثنائي القطب. وبعد التزامي بالعلاج أصبح مزاجي بين الوسط والمكتئب، فهل أنا ثنائي القطب الأول أم ثنائي القطب الثاني؟ وهل السبب هو مشكلة في الأدوية؟

**رجل الكهف:** يبدو هذا توصيف لاضطراب ثنائي القطب الأول وإنّ هذا هو الأثر الطبيعي لمثبتات المزاج.

[437]عباس: هل يتطوّر اضطراب المزاج الدوري ليصبح اضطراب ثنائي القطب في حال بقي بدون علاج؟

**رجل الكهف:** إنّ اضطراب المزاج الدوري هو اضطراب ثنائي القطب لكن دوراته هي بنمطٍ متواتر ولم تصل بحدّتها إلى أن تحصل على تشخيص نوبة هوس أو نوبة تحت هوسية أو نوبة اكتئاب حاد. ونعم من الممكن أن تتكرر نوبات اضطراب المزاج الدوري في أيّ وقت إلى أن تطابق معايير واحدة أو أكثر من هذه النوبات، وعندها ينتقل التشخيص ليصبح إمّا اضطراب ثنائي القطب الأول أو اضطراب ثنائي القطب الثاني. (انظر الباب الثامن)

[438]جاكوب: هل كثرة التفكير تعتبر مرضاً نفسياً.

**رجل الكهف:** كلا! ما هذا السؤال يا لوسيل!

**لوسيل "بخجل":** المعذرة. أنا سوف أذهب وأستحم الآن.

**رجل الكهف:** هذا جيد. على أي حال، يجب أن تناما الآن، فأمامكما رحلة طويلة غداً.

# الباب الثالث والثلاثون

## المزيد حول اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

[439]**دالي:** يجب أن تعطيني المراجع التي وعدتني بها قبل أن ننام.

**رجل الكهف:** بالتأكيد سوف أعطيك المراجع، لكني سأفعل هذا في الصباح لأن عليك أن تأخذ قسطاً من الراحة هذه الليلة.

**دالي:** كلا أرجوك. أنا أفضّل أن ننتهي من هذا الأمر الآن لو كان لديك طاقة لهذا.

**رجل الكهف:** نعم لديّ طاقة، لقد استيقظت متأخراً اليوم. أنا لا أشعر بالنعاس بعد. فإذا كان هذا ما تفضّله، فإنّي سأعطيك المراجع التي استندت عليها في حوارنا هذا إضافة إلى دراسات ومراجع أخرى ذات صلة بحوارنا كي تستزيد منها كما تشاء وهي منظمة بحسب محاور حديثنا. وإنّي سوف أزودك أيضاً بمراجع إضافية في بداية القائمة تتعلّق بالاضطرابات النفسية بشكل عام. وبالإضافة إلى المراجع التي تتعلق بعلاجات اضطراب ثنائي القطب، سوف أزوّدك أيضاً بمراجع تتعلق بالعلاج من الاضطرابات النفسية بشكلٍ عام. وهكذا يكون لديك زوادة كاملة تغطي كلّ شيء قد تفكر به في سياق حديثنا

كله.

دالي "بسعادة": إنّ هذا يشبه ما فعلته بما يتعلق بالاضطرابات الاكتئابية.

رجل الكهف: نعم بنفس الطريقة.

دالي "بحماس": هذا رائع.

[440]رجل الكهف: أنصت ولا تقاطعني.

# المقدمة


- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# مدخل المحاورة
## الاضطرابات النفسية


- Abou-Saleh, M. T., et al. (Eds.) (2011). Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. Chichester. Wiley.
- Adler, M. (2011). Psykiatrisk diagnostik. Lund. Studentlitteratur.
- Alfabeta Bokförlag AB.
- America. The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Second Printing edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. First printing. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). Psychological Testing. Seventh edition. New York. Macmillan.
- Arvidsson, B., & Skärsäter, I. (2009). Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.

- Beacon Health Options (not available). List of Psychological Tests. Boston. Beacon Health Options website.
- Beck, A. T. *et al.* (Ed.) (2016). Cognitive Therapy of Personality Disorders. Third Edition. New York. The Guilford Press.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2011). Introductory Textbook of Psychiatry. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Blaney, P., & Millon, T. (Eds.) (2009). Oxford Textbook of Psychopathology. Second edition. New York. Oxford University Press.
- Blashfield, R. K., *et al.* (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 10: 25-51.
- Buhugra, D., & Bhui, K. (2018). Textbook of Cultural Psychiatry. Second edition. Cambridge. Cambridge University Press.
- Buros, O. K. (Ed.) (1965). The sixth mental measurements yearbook. Highland Park. Gryphon Press.
- Caplan, G. (1961). An Approach to Community Medical Health. London. Tavistock Publications.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? In: *Review of General Psychology*, 2: 300-19.
- Freud, A. (1946). The Ego and The Mechanisms of Defence. New York. International University Press.
- Gay, P. (1990). Freud. Sweden. Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Geddes, J. R., *et al.* (2005). Psychiatry. Fourth edition. New York. Oxford University Press.
- Gelder, M. G., *et al.* (Eds.) (2009). The New Oxford Textbook of psychiatry. Second edition. Oxford. Oxford University Press.
- Goldberg, D. & Huxley P. (1980). Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London. Tavistock Publication.
- Goldberg, D. (2010). The classification of mental disorder: A simpler system for DSM-V and IDC-11. In: *Advances in Psychiatric Treatment*, 16:

14-19.

- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5-dimensional trait model and five-factor models of general personality. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3): 816-21.
- Grant, BF. et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: Journal of Clinical Psychiatry, 65, 948-58.
- Gustin, L. W. (Ed.) (2014). Vårdande vid psykisk ohälsa -på avancerad nivå. Lund. Studentlitteratur.
- Göransson, A. (2019). Psykiatri 1. Andra upplagan. Stockholm. Sanoma Utbildning AB.
- Harrison, P., *et al.* (2018). Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. Oxford. Oxford University Press.
- Herlofson, J. (2014). MiniPsykiatri. First edition. Stockholm. Nature & Kultur.
- Herlofson, J., *et al.* (2016). Psykiatri. Lund. Studentlitteratur.
- Hildebrand karlén, M. (2013). Vansinnets diagnoser: Om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (Eds.) (2004). Comprehensive Handbook of Psychological Assessment. Hoboken. John Wiley & Sons Inc.
- Hollandsworth, J. G. (1990). The physiology of psychological disorders. New York. Plenum Press.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). Introduction to Statistics in Psychology. Sixth edition. United Kingdom. Person Education Limited.
- Hunter, R., & MacAlpine, I. (Eds.) (1963). Three Hundred Years of Psychiatry. London. Oxford University Press.
- Hwang, P., et al. (2005). Vår tids psykologi. Sweden. Natur och kultur.
- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2000). Psykiatri. Stockholm. Bonnier Utbildning.
- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2002). Socialpsykiatri. Stockholm. Bonnier Utbildning.

- Impara, J. C., & Plake, B. S. (Eds.) (1998). The Thirteenth Mental Measurements Yearbook. Lincoln. The Buros Institute of Mental Measurements.
- Kendell, R. E. (1975). The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford. Blackwell.
- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., *et al.* (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 13: 122-39.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry.* 51: 8–19.
- Kirmayer, L. J., *et al.* (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
- Koopman, C., *et al.* (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 44(1): 14-20.
- Kornstein, S. G., & Clayton, A. H. (Eds.) (2002). Women's Mental Health" A Comprehensive Textbook. New York. Guilford Press.
- Kraepelin, E. (1904). Clinical Psychiatry: A Textbook for students and physicians. New York. Macmillan.
- Kring, A. M., *et al.* (2013). Abnormal Psychology. Twelfth Edition. International Student Version. New York. Wiley.
- Kaasa, S. et al. (2001). Palliativ behandling och vård. Sweden. Studentlitteratur.
- Lemma, A. & Patrick, M. (2010). Off the Couch: Contemporary psychoanalytic approaches. London. Routledge.
- Lennéer Axelson, B., & Thylefors, I. (2009). Arbetsgruppens psykologi. Fjärde utgåvan, tredje tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.

- Levander, M. (1998). Psykologi: Lärobok för gymnasiet. Tredje upplagans, första tryckning. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, S., *et al.* (2017). Psykiatri. En orienterande översikt. Tredje utgåvan. Lund. Studentlitteratur.
- Lewis-Fernandez, R., *et al.* (Eds.) (2016). DSM-5 handbook on the cultural formulation interview. American Psychiatric Association. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Malmquist, J. (2016). Diagnoser som diskuteras: Uppmärksammade medicinska kontroverser. Sweden. Krilon förlag.
- McDougall, W. (1921). An Introduction to Social Psychology. Fourteenth edition. Boston. Luce.
- Melton, G. B., *et al.* (1997). Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers. Second edition. New York. Guilford.
- Mental Health America. www.mentalhealthamerica.net.
- Mundt, C., *et al.* (Eds.) (1996). Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders. London. Gaskell.
- National Alliance on Mental Illness. www.nami.org.
- National Institute of Mental Health. www.nimh.nih.gov.
- Nationell samverkan för psykiatri hälsa. www.nsph.se.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). Psychometric Theory. New York. McGraw-Hill.
- Rettew, D. (2015). Psychiatric Vs. Neurological: Can the Brain Tell? A search for brain differences between psychiatric and neurological disorders. In: Psychology Today. Dec 02, 2015.
- Roberts, A. (2005). Crisis Intervention Handbook. Third edition. New York. Oxford University Press.
- Romans, S. E. & Seeman, M. V. (Eds.) (2006). Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rush, A. J., *et al.* (2008). Handbook of Psychiatry Measures. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.) (2000). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Philadelphia. Lippincott/Williams & Wilkins.
- Sample, D. & Smyth, R. (2013). Oxford Handbook of Psychiatry. New York. Oxford University Press.
- Segall, MH. *et al.* (1990). Human Behaviour in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology. New York. Pergamon.
- Skinner, B. F. (1953). Science and Human Behaviour. New York. Macmillan.
- Spitzer, M. D. *et al.* (2002). DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. First edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. J., & J. E. Young (Eds.) (1992). Cognitive Science and Clinical Disorders. San Diego. Academic Press.
- Tasman, A. Kay, J., & Lieberman, J. A. (2003). Psychiatry. Second edition. John Wiley & Sons, Chichester.
- Tseng, W. S. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. London. Academic Press.
- Tyrer, P. (2013). Models for Mental Disorder. Fifth edition. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 20: 280-5.
- Uddenberg, N. (2010). Själens schamaner: Personliga essäer om psykiatri. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). Linné och mentalsjukdomarna. Sweden. Bokförlaget Atlantis AB.
- Wetterberg, L. (2013). Psykiatri i fickformat. Sjunde upplagan. POD.
- Whipple, G. M. (1910). Manual of mental and physical tests. Baltimore. Warwick and York.
- Whitaker, R. (2014). Pillerparadoxen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre? Sweden. Karneval

förlag.

- World Health Organisation. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guide-lines. Geneva. Author.
- World Health Organization (2001). Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. 4 October 2001. In: www.who.int.
- World Health Organization (2019). Mental disorders. 28 November 2019. In: www.who.int.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب الأول

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة


- Adler, D. A., *et al.* (2006). Job performance deficits due to depression. In: *American Journal of Psychiatry,* 163(9): 1569-76.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetic,* Part C, 123: 59-64.
- Cuellar, A. K., *et al,* (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. In: *Clinical Psychology Review,* 25(3): 307-39.
- Depression and Bipolar Support Alliance. www.dbsalliance.org.
- Evans, D., *et al.* (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. In: *Biological Psychiatry,* 58(3): 175-89.
- Gawande, A. (2015). Att vara dödlig: Livet, läkekonsten och den sista resan. Första upplagan, första tryckningen. Sweden. Volante.
- Goes, F.S., *et al.* (2012). Genome-wide association of mood-incongruent psychotic bipolar disorder. In: *Transcendental Psychiatry,* 2: e180.
- Henin, A., *et al.* (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. In: *Biological Psychiatry.* 58(7): 554-61.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). Social Class and Mental Illness: A community study. New York. John Wiley & Sons.

- International Bipolar Foundation. www.ibpf.org.
- Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. London. Penguin.
- LeDoux, J. (1998). The Emotional Brain. London. Weidenfeld &Nicolson.
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. In: *The Social Science Journal*. 72: 608–16.
- Merikangas, K. R., *et al.* (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. In: *Archives of General Psychiatry*, 64(5): 543-52.
- Suppes, T., *et al.* (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographic and illness characteristics of the first 261 patients. In: *Journal of Affective Disorders*. 67: 45-59.
- Thakkar, V., & Collins, C. (2006). Depression and Bipolar Disorder. United States of America. Infobase Publishing.
- Weinstock, L. M., *et al.* (2009). differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: An item response theory analysis. In: *Bipolar Disorders*, 11(3): 289-97.
- Wilens, T. E., *et al.* (2004). Risk of substance use disorder in adolescents with bipolar disorder. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 43(11): 1380-6.
- World Bipolar Day. www.worldbipolarday.org.
- جاميسون، ك. ر. (2008). عقل غير هادئ: سيرة ذاتية عن الهوس والاكتئاب والجنون. الطبعة الأولى. لبنان. الدار العربية للعلم ناشرون.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب الثاني
## رحلات بين القطبين


- **American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.**
- **Calabrese, R. L., (1996). Predictors of response to mood stabilizers. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(Suppl. 1): 24-31.**
- **Coryell, W., *et al.* (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. In: *Archives of General Psychiatry*, 49: 126-31.**
- **First, M. B. (2010). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1): 1-9.**

# الباب الثالث

## نوبة الهوس


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 124.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 2.
- Johanson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit. In: *Clinical Psychology Review*. 25: 241-62.
- Johanson, S. L. *et al.* (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 109: 721-7.
- Johanson, S. L. *et al.* (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 117: 268-77.
- Johanson, S. L. *et al.* (2012). The behavioral activation system and mania. In: *Annual Review of Clinical Psychology*. 8: 143-67.
- Mmerikangas, K. R., *et al.* (2012). Mania with and without depression in a community sample of U.S. adolescents. In: *Archives of General Psychiatry*. 69(9): 943-51.

# الباب الرابع
## نوبة تحت الهوس


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 124-5 ,132-3.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 3.

# الباب الخامس
## عودة إلى نوبة الاكتئاب الحاد


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 160-1.
- Brockow, T., *et al.* (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on depressive disorders using the international classification of functioning, disability and health as a reference. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1): 49-55.
- Demyttenaere, R. (2013). From sadness to depressed mood and from anhedonia to positive mood and well-being. In: *Medicographia*, 35(3): 287-91.
- Dewa, C. S., Thompson, A. H., & Jacobs, P. (2011). The association of treatment of depressive episodes and work productivity. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12): 743-50.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. In: *PLoS One*, 9(2):e90311.
- Hurley, K. (2017). Depression and Related Conditions. Updated in 20 May 2019. In: Psycom.
- Kupfer, D. J. (2014). Depression and the new DSM-5 classification. In: *Medicographia*, 36(4): 521-25.
- Sartorius, N., & Ban, T. A. (Eds.) (1986). Assessment of Depression. New York. Springer-Verlag.
- Uher, R., *et al.* (2009). Differential efficacy of escitalopram and nortriptyline on dimensional measures of depression. In: *British Journal of Psychiatry*, 194(3): 252-9.

- Zhu, X., *et al.* (2012). Evidence of a dissociation pattern in resting-state default mode network connectivity in first-episode, treatment-naive major depression patients. In: *Biological Psychiatry*, 71: 611-7.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب السادس

## اضطراب ثنائي القطب I


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 123-32, 156-60.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 2, 9-10.
- Birmaher, B., *et al.* (2009). Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. In: *American Journal of Psychiatry.* 166(7). 795-804.
- Leibenluft, E. (2011). Sever mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. In: *American Journal of Psychiatry.* 168(2): 129-42.
- Leverich, G. S., *et al.* (2007). The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. In: *Journal of Pediatrics.* 150(5). 485-90.
- Masi, G., *et al.* (2012). Developmental pathways for different subtypes of early-onset bipolarity in youths. In: *Journal of Clinical Psychiatry.* 73(10): 1355-41.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب السابع
## اضطراب ثنائي القطب II


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 132-9.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 3-4.

# الباب الثامن
# اضطراب المزاج الدوري

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 139-41.

# الباب التاسع

## اضطراب ثنائي القطب الناجم عن مادة أو دواء والاضطرابات ذات الصلة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 142.
- Buckley, T., *et al.* (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (3): 197-204.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الحادي عشر.

# الباب العاشر

## اضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذات الصلة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 145.
- Bould, H., *et al.* (2012). Investigation of thyroid dysfunction is more likely in patients with high psychological morbidity. In: *Family Practice*, 29: 163-7.
- Rosenblat, J. D., *et al.* (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53: 23-34.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الثاني عشر.

# الباب الحادي عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 148.
- Alexson, D. A., *et al.* (2011). Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. In: *The Journal of Child and Adolescent Psychiatry.* 50(10).: 1001-16.
- Alloy, L. B., *et al.* (2012). Progression along the bipolar spectrum: Alongtinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. In: *Journal of Abnormal Psychology.* 121(1): 16-27.

# الباب الثاني عشر
## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 149.

# الباب الثالث عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع انزعاج قلقي


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 149.
- Sala, R., *et al.* (2010). Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorder: prevalence and clinical correlates. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 71(10): 1344-50.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الثامن عشر.

# الباب الرابع عشر
## نوبة هوس ونوبة تحت الهوس مع ملامح مختلطة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 149-50.
- Frank, E. (2011). Proposed revisions to the concept of mixed episodes in DSM-5: The path traveled. In: *Bipolar Disorders.* 13(1):14.
- Mmerikangas, K. R., *et al.* (2012). Mania with and without depression in a community sample of U.S. adolescents. In: *Archives of General Psychiatry.* 69(9): 943-51.
- Suppes, T., *et al.* (2005). Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: A sex-specific phenomenon. In: *Archives of General Psychiatry.* 62(10): 1089-96.

# الباب الخامس عشر

## نوبة اكتئابية مع ملامح مختلطة

- **American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 150.**
- **Sato, T. *et al.* (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar "depressive mixed state" as bipolar spectrum. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia.* 107(4): 268-74.**
- **رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب العشرون.**

# الباب السادس عشر
## اضطراب ثنائي القطب مع دوران سريع


- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 150-1.

# الباب السابع عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح سوداوية


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 151.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الواحد والعشرون.

# الباب الثامن عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية


- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 152-3.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الثاني والعشرون.

# الباب التاسع عشر

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح غير نمطية


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 151-2.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الثالث والعشرون.

# الباب العشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع شذوذ الحركة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 119, 152.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة درومليي للنشر والتوزيع. الباب الرابع والعشرون.

# الباب الواحد والعشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمط فصلي


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 153-4.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب الخامس والعشرون.

# الباب الثاني والعشرون

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع بدء فترة الولادة


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 152-3.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب السادس والعشرون.

# الباب الثالث والعشرون

## السكون الجزئي والسكون الكلي بين النوبات


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 154.

# الباب الرابع والعشرون

## تحديد حدة نوبة الاكتئاب الحاد الحالية


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 154.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 8.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع. الباب السابع والعشرون.

# الباب الخامس والعشرون

## تحديد حدة نوبة الهوس الحالية


- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 8.

# الباب السادس والعشرون
## مشاهير اضطراب ثنائي القطب


- Beckman, V., & Fahlén, T. (2005). Vulkanutbrott och istider – om bipolär sjukdom. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Blair, J. (2004). Burning Down My Masters' House: My Life at the New York Times. First Edition. United States of America. New Millennium Entertainment, Inc.
- Bloch, J. P., & Naser, J. A. (2006). The everything health guide to adult bipolar disorder. United States of America. F+W publications Inc.
- Bond, A. H. (2010). Who Killed Virginia Woolf? A Psychobiography. Second edition. United States of America. iUniverse.
- Borelius, M. (2013). Byt det sista tabut: Mental ohälsa ut ur garderoben. Sweden. Natur och Kultur. p.p. 179-94.
- Clooney, R. & Barthel, J. (1999). Girl Singer: An Autobiography. United States of America. Doubleday.
- Cole, N. (2010). Colonel Surry's Insanity. Australia. BeaglesDEN.
- Conway, F. & Siegelman, J. (2005). Dark Hero of the Information Age: In Search of Norbert Wiener the Father of Cybernetics. First edition. United States of America. Basic Books.
- Corrington, R. S. (2003). Riding the Windhorse: Manic-Depressive Disorder and the Quest for Wholeness. United States of America. Hamilton Books.
- Dalio, P. (2016). Touched with Fire. United States of America. Moonstruck LLC.
- Davidson, J. (2011). Downing Street Blues: A History of Depression and Other Mental Afflictions in British Prime Ministers. United States of America. McFarland and company Inc. publishers.

- Depression and Bipolar Support Alliance. www.dbsalliance.org.
- Duke, P., & Hochman, G. (1992). A Brilliant Madness: Living with Manic Depressive Illness. Bantam Books. United States of America.
- Edwards, B. (2015). Mood Spectrum in Graham Greene: 1929-1949. United Kingdom. Cambridge Scholars Publishing.
- Evans, D. (2013). Gilbert Stuart and the Impact of Manic Depression. Great Britain. Ashgate Publication.
- Fletcher, T., *et al.* (2012). McFly: Unsaid Things...Our Story. United States of America. Transworld.
- Fry, S. (2004). Moab Is My Washpot. United Kingdom. Arrow Books.
- Fry, S. (2006). Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive. Scotland. BBC.
- Fry, S. (2010). The Fry Chronicles: An Autobiography. United Kingdom. Michael Joseph.
- Fry, S. (2014). More Fool Me: A Memoir. United Kingdom. Michael Joseph.
- Fry, S. (2014). Stephen Fry: Addiction, Al Pacino, Robin Williams & Philip Seymour Hoffman. BBC News. YouTube. 25 Sep 2014.
- Fry, S. (2016). The Not So Secret Life of the Manic Depressive: 10 Years On. Scotland. BBC.
- Garner, A. (1997). The Voice that Thunders. First Impression. Great Britain. Harvill Press.
- Göransson, A. (2013). Psykiatri 1. Första upplagan. Fjärde tryckningen. Sweden. Sanoma Utbildning AB. p.p. 139-76.
- Gøtzsche, P. C. (2016). Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse. Sweden. Karneval förlag. p.p. 172-8.
- Hamilton, S. F. (2015). Fast Girl: A Life Spent Running from Madness. United States of America. Day Street Books.
- Hartley, M. & Commire, A. (1990). Breaking the Silence. United States of America.
- Haycock, D. A. (2014). The Everything Health Guide to Adult Bipolar

Disorder: A Reassuring Guide for Patients and Families. Third Edition. United States of America. F+W Media, Inc.

- Hersh, K. (2010). Rat girl. United States of America. Penguin Books.
- Hersh, K. (2011). Paradoxical Undressing. Great Britain. Atlantic Books.
- Hershman, J. & Lieb, J. (1988). The Key to Genius: Manic Depression and the Creative Life. United States of America. Prometheus Books.
- Hornbacher, M. (1998). Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia. United States of America. HarpPeren.
- Hornbacher, M. (2008). Madness: A Bipolar Life. United States of America. Houghton Mifflin.
- Hornbacher, M. (2010). Sane: Mental Illness, Addiction, and the Twelve Steps. United States of America. Hazelden.
- Hornbacher, M. (2011). Waiting: A Nonbeliever's Higher Power. United States of America. Hazelden.
- Hornstein, G. A. (2018). Agnes's Jacket: A Psychologist's Search for the Meanings of Madness. Revised and Updated with a New Epilogue by the Author. United States of America. Routledge.
- International Bipolar Foundation. www.ibpf.org.
- Jamison, K. R. (1994). Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament. First Free Press Paperback edition. United States of America. Simon and Schuster, Inc.
- Jamison, K. R. (2000). An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness. Twentieth printing. United States of America. Alfred A. Knopf. Inc.
- Jamison, K. R. (2005). Mörkret faller snabbt. Till självmordets förståelse. Sweden. Studentlitteratur.
- Jezer, M. (1993). Abbie Hoffman. First paperback printing. United States of America. Rutgers University Press.
- Kendal, F. (1999). White Cargo. Great Britain. Penguin Books Ltd.
- Marcolli, M. (unknown). The Dark Heart of our Brightness: Mood Disorders and Scientific Creativity. United States of America.
- Martin, E. (2009). Bipolar Expeditions Mania and Depression in American Culture. United States of America. Princeton University Press.

- McCann, B. (2010). Encyclopaedia of African American Actresses in Film and Television. United States of America. McFarland & Company Inc. Publishers.
- Meredith, B. (1994). So Far, So Good: A Memoir. United States of America. Little Brown and Company.
- Mihalas, D. (1996). Depression and Spiritual Growth. Pendle Hill Publications.
- Miklowitz, D. J., & Gitlin, M. J. (2014). Clinician's Guide to Bipolar Disorder: Integrating Pharmacology and Psychotherapy. United States of America. The Guilford Press.
- Milligan, S. & Clare, A. (1993). Depression and How to Survive It. United Kingdom. Arrow Books.
- Moberg, Å. (2005). Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiskt sjuka. Sweden. Bokförlaget DN. p.p. 125-34.
- Moezzi, M. (2013). Haldol and Hyacinths: A Bipolar Life. United States of America. Penguin Group.
- Owen, S., & Saunders, A. (2011). Bipolar Disorder: The Ultimate Guide. E-Book edition. Oneworld Publications.
- Padua, S. (2015). The Thrilling Adventures of Lovelace and Babbage: The (Mostly) True Story of the First Computer. United States of America. Penguin Random House.
- Pagett, N., & Swannell, G. (1998). Diamonds Behind My Eyes. Great Britain. Victor Gollancz Ltd.
- Pauley, J. (2005). Skywriting: A Life Out of the Blue. United States of America. Ballantine Books.
- Powell, L. & Garrett, T. (2014). The Films of John Avildsen: Rocky: The Karate Kid and Other Underdogs. United States of America. MacFarland & Co.
- Pride, C. & Henderson, J. (1994). Pride: The Charley Pride Story. United States of America. William Morrow & Company.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., *et al.* (2007). No health without mental health. *The Lancet.* 370: 859–77.

- Ringskog Vagnhammar, S., & Wasserman, D. (2014). Första hjälpen vid självmordsrisk. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Sherry, N. (2005). The Life of Graham Greene. Volume Three: 1955–1991. Pimlico Edition. Random House.
- Summers, A., & Swan, R. (2006). Sinatra: The Life. United States of America. Vintage.
- Sutherland, S. (2010). Breakdown: A Personal Crisis and a Medical Dilemma. Third edition. Great Britain. Pinter & Martin Ltd.
- Thakkar, V. & Collins, C. (2006). Depression and Bipolar Disorder. United States of America. Infobase Publishing.
- Tierney, G. & Herskowitz, M. (1979). Self-Portrait. First edition. Wyden Books.
- Trudeau, M. (2010). Changing My Mind. First edition. HarperCollins.
- Williams, R. (2013). In God They Trust? The Religious Beliefs of Australia's Prime Ministers 1901-2013. Australia. Bible Society Australia.
- Winch, G. (2016). Study: Half of All Presidents Suffered from Mental Illness: Research to consider when evaluating this year's field of candidates. Posted Feb 02, 2016. Psychology Today.
- World Bipolar Day. www.worldbipolarday.org.
- إبراهيم، ع. (1998). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث. فهمه وأساليب علاجه. علم المعرفة. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- جاميسون، ك. ر. (2008). عقل غير هادئ: سيرة ذاتية عن الهوس والاكتئاب والجنون. الطبعة الأولى. الدار العربية للعلم ناشرون. لبنان.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب السابع والعشرون
## علاج اضطراب ثنائي القطب


- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.) (2002). Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders. New York. Guilford.
- Bajor, G. F. (1977). Memory loss with lithium. In: *American Journal of Psychiatry.* 134, 588.
- Baldessarini, R. J., *et al.* (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. In: *Journal of Clinical Psychiatry,* 64(Suppl. 5): 44-52.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder. New York. Guildford Press.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Second edition. New York. Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., *et al.* (2015). Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists. New York. Guilford Press.
- Chadwick, P. (2006). Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis. Wiley-Blackwell, Chichester.

- Christodoulou, G. N., Sierfakas, A., & Rinieris, P. M. (1977). Side effects of lithium. In: *Acta Psychiatrica Belgica*. 77, 260–6.
- Colom, F., *et al.* (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrence in bipolar patients whose disease is in remission. In: Archives of General Psychiatry. 60: 402-7.


- Colom, F., *et al.* (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrence in bipolar patients whose disease is in remission. In: Archives of General Psychiatry. 60: 402-7.


- Colom, F., *et al.* (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorder. In: *Bipolar Disorders*. 7(5): 24-31.
- Colom, F., *et al.* (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. In: *Bipolar Disorders*. 7(Suppl. 5): 32-6.


- Colom, F., *et al.* (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. In: *Bipolar Disorders*. 7(Suppl. 5): 32-6.


- Corrigan, P. W., & Yudofsky, S. C. (Eds.) (1996). Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Cullberg W., M. (2000). En dörr till ditt inre: Visualisering i terapi: En väg till hälsa och självkännedom. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Culter. N. R., & Post, R. M. (1982). Life course of illness in untreated manic-depressive patients. In: *Comprehensive Psychiatry*. 23: 101-15.
- Deckersbach, T., *et al.* (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. In: *CNS Neuroscience and Therapeutics*. 16(5): 295-307.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., *et al.* (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *The Journal of the American Medical Association*. 291: 2581-90.
- DiGiuseppe, R., *et al.* (2013). A practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy. Third edition. New York. Oxford University Press.

- Dimeff, L. A., & Koerner K. (2007). Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings. New York. The Guilford Press.
- DiTomasso, R. A., *et al.* (Eds.) (2010). Handbook of Cognitive Behavioral Approaches in Primary Care. New York. Springer.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J. (1976). The gobal assessment sale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. In: *Archives of General Psychiatry.* 33: 766-71.
- Ernvik, U. (2019). Familjeterapi: En utforskande och samskapande lek som förvandle relationer. Lund. Studentlitteratur.
- Farmer, R. F., & A. L. Chapman (2010). Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action. Washington DC. American psychological association.
- Fiedorowicz, J. G., *et al.* (2011). Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. In: *American Journal of Psychiatry.* 168(1): 40-8.
- Foley, D. L., Meale, M. C., & Kendler, K. S. (1998). Reliability of lifetime history of major depression: implications for heritability and comorbidity. In: *Psychological Medicine.* 28: 857–70.
- Frank, E. (2005). Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. New York. Guildford Press.
- Frank, E. (2005). Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. New York. Guildford Press.
- Frank, E., *et al.* (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. In: *Archives of General Psychiatry.* 62(9): 996-1004.
- Frank, E., *et al.* (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. In: *American Journal of Psychiatry.* 165(12): 1559-65.
- Freeman, A., *et al.* (2004). Clinical Applications of Cognitive Therapy. Second edition. New York. Springer.
- Freeman, A., *et al.* (2008). Clinical Psychology: Integrating Science and

Practice. Hoboken. Willy.

- Freeman, C, & Power, M. (Eds.) (2007). Handbook of Evidence-Based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice. Oxford. Oxford university press.
- Friedman, M. J., Culver, C. M., & Ferrell, R. B. (1977). On the safety of long-term treatment with lithium. In: *American Journal of Psychiatry*, 134, 1123-6.
- Fristad, M. A., *et al.* (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. In: *Archives of General psychiatry*. 66(9). 1013-21.
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. In: *The Lancet*. 381: 1672-82.
- Gentzel, L. (2006). Nätverkskontakt: Ett verktyg i återhämtning. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & föreningen Balans.
- Gerge, A. (2010). Psykoterapi: Vid dissociativa störningar. Stocholm. Insidan.
- Germer, C. K., *et al.* (2013). Mindfulness and Psychotherapy. Second edition. New York. Guilford Press.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). Från självsvält till ett fullvärdigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy: Distinctive Features. New York. Routledge.
- Giltin, M. J., *et al.* (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. In *American Journal of Clinical psychiatry*. 152(11): 1635-40.
- Gitlin, M. J., *et al.* (2011). Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. In: *Journal of Clinical psychiatry*. 72(5): 692-7.
- Glant, H. (2017). Ny i psykiatrin: Våra vanligaste psykiska sujkdomar och funkitonsnedsättningar: Bemötande, behandling, anhörigperspektiv. Sixth edition. Polen. Gothia Fortbidning.
- Goldberg, F. J. & Harrow, M. (Eds.) (1999). Bipolar Disorders: Clinical

Course and Outcome. Washington, DC. American Psychiatric Press.

- Goldstein, B. L, *et al.* (2008). Integrating a Substance Use Disorder (SUD) Perspective into Family-Focused Therapy of Adolescents with Bipolar Disorder (FFT-A). Pittsburgh, PA. Western Psychiatric Press Institute and Clinic.
- Gordan, K. (2004). Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal. Andra utgåvan, andra tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gustavson, C. (2004). När någon i din närhet har en depression. Sweden. ICA bokförlag.
- Gustin, L. W. (2012). KBT I omvårdnadsarbetet om meningsskapande i gemenskap. Lund. Studentlitteratur.
- Gyllensten, B., & Olsson, G. (2013). Det terapeutiska mötet: Om relationens betydelse i psykoterapi och vardagsliv. Trialis förlag. Sweden. p.p 109-123.
- Hackman, A., *et al.* (2011). Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy. Oxford University Press. Oxford.
- Hagqvist, A., & Widinghoff, B. (Eds.) (2010). Miljöterapi: Igår, idag och i morgon. Första upplagan, nionde tryckningen. Lund. Studentlitteratur.
- Hansson, K. & Sundelin, J. (Eds.) (1995). Familjeterapi: Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Lund. Studentlitteratur.
- Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder: En forskningsbaserad översikt. Malmö. Gothia Förlag.
- Hofmann, S. G., & Thompson, M. C. (Eds.) (2004). Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions. New York. Guilford Press.
- Hostrup, H. (2002). Gestaltterapi: En introduktion i grundbegreppen. Sweden. Studentlitteratur.
- Janowsky, D. S. (Ed.) (1999). Psychotherapy indications and outcomes. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1977). Primer of Lithium Therapy. Baltimore. Williams and Wilkins.

- Johnson, S. L. & Lerhy, R. L. (Eds.) (2004). Psychological Treatment of Bipolar Disorder. New York. Guildford Press.
- Johnson, R. E., & McFarland, B. H. (1996). Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. In: *American Journal of Psychiatry*. 153: 993-1000.
- Keck, P. E., *et al.* (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. In: *American Journal of Psychiatry*. 155: 646-52.
- Kiloh, L. G., *et al.* (1988). Physical Treatment in Psychiatry. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- King, R., *et al.* (Eds.) (2012). Manual of Psychosocial Rehabilitation. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Kusumo, K. S., & Vaughan, M. (1977). Effect of lithium salts on memory. In: *British Journal of Psychiatry*. 131, 453–7.
- Kuyken, W., *et al.* (2009). Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. New York. Guilford Press.
- Lam, D. H. *et al.* (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Archives of General Psychiatry. 60:145-152.
- Lam, D. H. *et al.* (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. In: *American Journal of Psychiatry*. 162: 324-9.
- Lam, D. H. *et al.* (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention: a systematic review. In: *Bipolar Disorders*. 11(5): 474-82.
- Lam, D. H., *et al.* (2010). Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods, and Practice. Second edition. Oxford. Willey.
- Leahy, R. L. (2001). Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. New York. Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's

Guide. New York. Guilford Press.

- Leahy, R. L. (Ed.) (2003). Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change. New York. Guilford Press. p.p. 173-74.
- Lynch, T. R. (2014). Radically Open-Dialectical Behavior Theory for Disorders of Overcontrol. New York. Guilford Press.
- Malhi, G. S., *et al.* (2009). Medicating mood with maintenance in mind: Bipolar depression pharmacotherapy. In: *Bipolar Disorders.* 11(Suppl. 2):55-76.
- Malkoff-Schwartz, S., *et al.* (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. In: archives of general psychiatry, 55: 702-7.
- Malkoff-Schwartz, S., *et al.* (2000). Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. In: psychological medicine, 30:1005-1016.
- Markowitz, J. C., & Waeissman, M. M. (Eds.) (2012). Casebook of Interpersonal Psychotherapy. New York. Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. H. (1977). Cognitive-Behaviour Modification. New York. Plenum.
- Merikangas, K. R., *et al.* (2011). prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey initiative. In: *Archives of General Psychiatry.* 68(3): 241-51.
- Miklowitz, D. J. (2008). Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach. Second edition. New York. Guilford Press.
- Mörch, M. M., *et al.* (Eds.) (1999). Kognitiva behandlingsformer: Kognitiv terapi, social färdighetsträning, psykopedagogiska arbetssätt och kognitiv träning. Stockholm. Nature & Kultur.
- Morrison, A. P. (Ed.) (2002). A casebook of Cognitive Therapy for Psychosis. London. Routledge.
- Murray, G., *et al.* (2011). Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: From Research to Clinical Practice. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy.*

- Newman, C. F., *et al.* (2002). Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach. Washington, DC. American Psychological Association.
- Niggemann, B. & Gruber, C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. In: *Allergy*. 58: 707-16.
- O'Connel. R. A., *et al.* (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. In: *British Journal of Psychiatry*. 159:129-32.
- Oestrich, I. H. & Johansen, F. (2007). Kognitiv coaching: Effektivt stöd till problemlösning och personlig utveckling. Första upplagan. Sweden. Liber AB.
- Ostrich, I., & Holm, L. (Eds.) (2003). Kognitiv miljöterapi: Att skapa en behandlingsmiljö i likvärdigt samarbete. Lund. Studentlitteratur.
- Palmkron Ragnar, Å. (2006). KBT kognitiv beteendeterapi: Komma på bättre tankar. Sweden. Palmkrons Förlag.
- Perris, C. (1996). Kognitiv terapi i teori och praktik. Borås. Natur och Kultur.
- Ramnerö, J. (2006). Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi. Sweden. Studentlitteratur.
- Reus, V.I., Targum, S.D., Weingartner, H. *et al.* (1979). Effect of lithium carbonate on memory processes of bipolar affectively ill patients. In: *Psychopharmacology*. 63, 39–42.
- Sachs, G. S., *et al.* (2007). Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. In: *New England Journal of Medication*. 356(17): 1711-22.
- Scott, J., *et al.* (2006). Cognitive behaviour therapy for rever and recurrent bipolar disorders: A randomised controlled trial. In: *British Journal of Psychiatry*. 188: 313-20.
- Simon, G. E., *et al.* (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. In: *Archives of General Psychiatry*. 63(5): 500-8.
- Simoneau, T. L., *et al.* (1998). Expressed emotion and interactional patterns in families of bipolar patients. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 107: 497-507.

- Simoneau, T. L., *et al.* (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 108: 588-97.
- Singh, N. N., *et al.* (Eds.) (2018). Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry. Springer. Nature.
- Strakowski, S. M., *et al.* (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. In: *Archives of General Psychiatry*, 55: 49-55.
- Swartz, H. A., *et al.* (2012). A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. In: *Bipolar Disorders*. 14(2): 211-6.
- Topor, A. (2004) Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, Alain *et al.* (2007) Vägen vidare: Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & Psykiatri Södra Stockholm.
- Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1): 91-109.
- Weissman, M. M., et al. (2000). Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York. Basic books.
- Weissman, M. M., et al. (2007). Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy. New York. Oxford university press.
- Wilhelmsen, I. (2001). Livet är ett osäkert projekt: Om känslor och kognitiv terapi. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Yalom, I. D. (1980). Existential Psychotherapy. New York. Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). The Gift of Therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients. HarperCollins.
- Young A. H., Ferrier, N. I., & Michalak, E. E., (Eds.) (2010). Practical Management of Bipolar Disorder. Cambridge. Cambridge University Press.
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين

للنشر والتوزيع.

- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب الثامن والعشرون

## كسر الوصمة


- Adler, A. K., & Wahl, O. F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. In: *American Journal of Orthopsychiatry*. 68: 321–6.
- Alonso, J., *et al.* (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 420: 21-7.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34: 202–10.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2000). Global burden of bipolar disorder in the year 2000. Geneva. World Health Organization. Available.
- Bailey, S. (1999). Young people, mental illness and stigmatisation. In: *Psychiatric Bulletin*. 23: 107–10.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 40: 51–4.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 51–4.
- Beck, A. T. (1988). Love is Never Enough. New York. Harper & Row.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. In: *British Journal of General Practice*. 54: 248–53.

- Booth, M. L., Bernard, D., Quine, S., Kang, M. S., Usherwood, T., Alperstein, G., & Bennett, D. L. (2004). Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. In: *Journal of Adolescent Health*. 34: 97–103.
- Borelius, M. (2013). Bryt det sista tabut: Mental ohälsa ut ur garderoben. Sweden. Natur och Kultur.
- Burns, J. R., Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. In: *Journal of Adolescence*. 29: 225–39.
- Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma the past, passing and to come. In: *Journal of Royal Society of Medicine*. 90: 618-21.
- Charlson, F. J., Stapelberg, N. J. C., Baxter, A., &Whiteford, H. A. (2011). Should Global Burden of Disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? BMC Medicine 9: 1–6.
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A., & Yassin, N. (2003). 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. In: *Medical Education*. 37: 873–80.
- Collins, P. Y., *et al.* (2011). Grand challenges in global mental health. In: *Nature*, 475(7354): 27-30.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. In: *Psychiatric Services*. 56: 544–50.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. In: *Psychiatric Services*. 56: 544–50.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. In: *Schizophrenia Bulletin*. 27: 187–95.
- Corrigan, P. (2005). On the Stigma of Mental Illness. Washington D.C. American Psychological Association.
- Coryell, W., *et al.* (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. In: *Archives of General*

*Psychiatry*, 49: 126–31.

- Cutcliffe, J. R. & Hannigan, B. (2001). Mass media, 'monsters' and mental health clients: the need for increased lobbying. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8: 315–21.
- Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41: 318–22.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., *et al.* (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. In: *PLOS Medicine*, 10(11): 1-12.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42: 1203–11.
- Fullman, N., Barber, R. M., Abajobir, A. A. *et al.* (2017). Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet*. 390: 1423-59.
- Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S., & Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*. 6: 151–9.
- GBD 2017 Cause of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-specific and sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet*. 392: 1736-88.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet*. 392: 1789-858.
- GBD 2017 Mortality Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: A systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet*. 392: 1684-735.

- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (1996). Cost-effectiveness in Health and Medicine. New York. Oxford University Press.
- Gøtzsche, P. C. (2016). Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse. Sweden. Karneval förlag.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43: 1124–33.
- Gray, J. (2008). Living with a Label: An Action Oriented Feminist Inquiry into Women's Mental Health. Sassrucken. VDM Verlag Dr. MULLER.
- Griffin, G. A. E., *et al.* (1996). Assessing dissimulation among social security disability income applicants. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 1425-30.
- Hallerstedt, G. (2006). Diagnosen makt: Om kunskap, pengar och lidande. Sweden. Bokförlaget Daidalos AB.
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and Menial Illness. A Review and Critique. *Journal of Mental Health*. 6: 345-54.
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. In: *Development and Psychopathology*. 12: 555–98.
- Hollandsworth, J. G. (1990). The physiology of psychological disorders. New York. Plenum Press.
- Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. In: *British Journal of Psychiatry*, 149: 137-44.
- Hu, T. W. (2006). Perspectives: An international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(1): 3-13.
- Hugo, C. J., Boshoff, D. E., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., & Stein, D. J. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 38: 715–9.

- Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. In: *The Lancet Neurology*. 4: 171–8.
- Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. In: *The Lancet*. 367: 533–4.
- Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. In: *The Lancet*. 367: 533–534.
- Jones, K. (1968). Social Psychiatry in Practice. Harmondsworth. Penguin Books.
- Jorm, A. F, Kelly, C. M., Wright, A., Parslow, R. A., Harris, M. G, McGorry. P. D. (2006). Belief in dealing with depression alone: results from community surveys of adolescents and adults. In: *Journal of Affective Disorders*. 96: 59–65.
- Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Attitudes towards people with depression: effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34: 612–8.
- Katon, W. J., *et al.* (2002). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. In: *The Archives of General Psychiatry*, 60: 897-903.
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. In: *Psychiatric Clinic Northorth America*, 35(1): 1-14.
- Kessler, R. C., & Ustun, T. B., (eds.) (2008). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Cambridge University Press. New York.
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. In: *Journal of Health and Social Behavior*. 22: 49-64.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. In: *New England Journal of Medicine*. 352: 2515–23.

- Kessler, R. C., *et al.* (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(9): 1561-8.
- Keusch, G. T., Wilentz, J., Kleinman, A. (2006). Stigma and global health: developing a research agenda. In: *The Lancet*. 367: 525–7.
- Kieling, C., *et al.* (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. In: *The Lancet*, 378: 1515-25.
- Kirmayer, L. J., *et al.* (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (2009). Global mental health: A failure of humanity. In: *The Lancet*, 374: 603–4.
- Kramer, M., von Korff, M., & Kessler, L. (1980). The lifetime prevalence of mental disorders: estimation, uses and limitations. In: *Psychological Medicine*. 10: 429–35.
- Lawson, A., & Fouts, G. (2004). Mental illness in Disney animated films. In: The Canadian Journal of Psychiatry. 49: 310–4.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1): 3-7.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. In: *The Lancet*. 367: 528–9.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global Burden of Disease and Risk Factors. Oxford University Press. New York.
- Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., *et al.* (2002). Global Burden of Disease 2000: version 2 methods and results. Geneva. World Health Organization.
- Michels, K. M., Hofman, K. J., Keusch, G. T., & Hrynkow, S. H. (2006). Stigma and global health: looking forward. In: *The Lancet*. 367: 538–9.
- Murry, C. L., & A. D. Lopes (1996). The Global Burden of Disease. Volume one. Cambridge. Harvard university press.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised

prevalence estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. In: *Archives of General Psychiatry*. 59: 115-23.

- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. British Journal of Psychiatry. 186: 297–301.
- Page. S. & Day.P. (1990). In acceptance of the mentally ill. Canadian society, reality and illusion. In: *Canadian Journal of Community Mental Health*. 9: 151-61.
- Patel, V. & Prince, M. (2010). Global mental health: A new global health field of age. In: *Journal of the American Medical Association*, 303: 1976-7.
- Patel, V., et al. (2011). A renewed agenda for global mental health. In: *The Lancet*, 378: 1441-2.
- Philo, G. (1996). Media and Mental Distress. London, Longman.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. In: *British Journal of Psychiatry*. 182: 342–6.
- Potts, Y., Gillies, M. L., & Wood, S. F. (2001). Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? In: *Family Practice*. 18: 95–100.
- Reynolds III, C. F., *et al.* (2012). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. In: *Annual Review of Public Health*, 33: 129-35.
- Roeloffs, C., *et al.* (2003). Stigma and depression among primary care patients. In: *General Hospital Psychiatry*, 25: 311-5.
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, a. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. In: *BMC Health Services Research*. 7: 97.
- Rose, N. (2019). Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health. Cambridge. Polity Press.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of mental health services in Chile. In: *Psychiatric Services*. 55: 71–6.

- Sartorius, N. (1997) Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. British Journal of Psychiatry. 170: 297.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). Reducing the Stigma of Mental Illness A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge. Cambridge University Press.
- Saxena, S. Sharan, P., Saraceno, B., (2003). Budget and financing of mental health services: Baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*. 6: 135-43.
- Schultz, A. B., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: A review of the literature. In: *Pharmacoeconomics*, 27(5): 365-78.
- Scotland, S. M. (2004). The Second National Public Attitudes Survey, 'Well? What do you think?'. Edinburgh. Scottish Executive.
- Secker, J., Armstrong, C., & Hill, M. (1999). Young people's understanding of mental illness. In: *Health Education Research*. 14: 729–39.
- Segall, MH. *et al.* (1990). Human Behaviour in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology. New York. Pergamon.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. In: *The American Journal of Psychiatry*. 158: 479–81.
- Sirey, J. A., *et al.* (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. In: *Psychiatric Services Journal*, 52: 1615-20.
- Sobocki, P., *et al.* (2006). Cost of depression in Europe. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9: 87-98.
- Stewart, W. F., *et al.* (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. In: *The Journal of the American Medical Association*, 289(23): 3135-44.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. In: *Canadian Journal of Psychiatry*. 46: 245-52.

- Suppes, T., *et al.* (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographic and illness characteristics of the first 261 patients. In: *Journal of Affective Disorders.* 67: 45-59.
- Svedberg, L. (2007). Gruppsykologi: Om grupper, organisationer och ledarskap. Sweden. Studentlitteratur.
- Thara, R., & Srinivasan, T. N. (2000). How stigmatising is schizophrenia in India? In: *International Journal of Social Psychiatry.* 46: 135–41.
- Thornicroft, G. (2006). Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford, Oxford University Press.
- Tseng, W. S. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. London. Academic Press.
- Tyssen, R., Rovik, J. O., Vaglum, P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? - A longitudinal and nationwide study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 39: 989–93.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. In: *British Journal of Psychiatry.* 184: 386–92.
- Van't Veer-Tazelaar, P., *et al.* (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. In: *British Journal of Psychiatry,* 196: 319-25.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H. *et al.* (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet.* 390: 1211-59.
- Wahl, O. (2003). Mental illness depiction in children's films. In: *Journal of Community Psychology.* 553–60.
- Wahl, O. F. (2003). Depictions of mental illness in children's media. In: *Journal of Mental Health.* 12: 249–58.
- Wahl, O. F. (1995). Media Madness: Public Images of Mental Illness. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press.
- Wang, P. S., *et al.,* (2007). Worldwide use of mental health services for

anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. In: *The Lancet.* 370(9590): 841-50.

- Weiss, M. (1986) Children's attitudes towards the mentally ill - a developmental analysis. Psychological Reports. 58: 11-20
- Weiss, M. F. (1994). Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. In: *Psychological Reports.* 74: 51–6.
- Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. In: *The Lancet.* 367: 536–8.
- Wells, K. B., Manning, W. G., Duan, N., Newhouse, J. P., & Ware Jr., J. E. (1986). Sociodemographic factors and the use of outpatient mental health services. In: *Medical Care.* 24: 75-85.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. In: *British Journal of Psychiatry.* 176: 440–3.
- Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO—Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. In: *Journal of Psychiatric Research.* 28: 57-84.
- Wittchen, H. U., *et al.* (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *European Neuropsychopharmacology,* 21(9): 655-79.
- World Bank (1993). World Development Report 1993. Investing in health: world development indicators. New York. World Bank.
- World Bank (2003). World development indicators. Washington DC. The World Bank.
- World Health Organization (2001). Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. 4 October 2001. In: www.who.int.
- World Health Organization (2001). The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Switzerland. World Health Organization.
- World Health Organization (2008) The Global Burden of Disease: 2004 update. Switzerland. World Health Organization.

- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Hurworth, R. E., & McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. In: *The Medical Journal of Australia.* 183: 18–23.
- Wright, A., Jorm, A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 42: 244–50.
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F., & Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. In: *BMC Public Health.* 6: 215.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 39: 514–21.
- Zachrisson, H. D., Rodje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health.* 6:34.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب التاسع والعشرون
## تجارب لمسافرين بين القطبين

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.*


- American Psychiatric Association (2006). Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium. Arlington. American Psychiatric Association Press.
- Bilenberg, N., Petersen, D.J., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 111: 59–67.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P.D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 790–6.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (Eds.) (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester. John Wiley & Sons.
- Hawton, K. & van Herringen, K. (2009). Suicide. In: *The Lancet*, 373: 1372-81.
- Hawton, K. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. In: *The Lancet*, 379: 2373-82.
- Hunt, I. M., *et al.* (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients. In: *Psychological Medicine*, 39: 443-9.
- Leahy, R. L. (2006). The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from


* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

Stopping You. New York. Harmony.

- Leahy, R. L. (2010). Beat the blues before they beat you. New York. Hay House.
- Lewis, G., *et al.* (1997). Strategies for preventing suicide. In: *British Journal of Psychiatry,* 171: 351-54.
- McClure, G. M. (2001). Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. In: *British Journal of Psychiatry.* 178: 469–74.
- Moberg, Å. (2005). Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiskt sjuka. Sweden. Bokförlaget DN.
- Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J. M., Whaites, L. C., & Zubrick, S. R. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 35:806–14.
- Spitz, R. (1985). The First Year of Life. London. International University press.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

# الباب الثلاثون
## الزواج والانجاب بين القطبين

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.*


- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetic*, Part C, 123: 59-64.
- Hatfield, A. B., *et al.* (1987). Expressed emotion: A family perspective. In: *Schizophrenia Bulletin.* 13: 221-6.
- Henin, A., *et al.* (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. In: *Biological Psychiatry.* 58(7): 554-61.
- Swann, A. C., *et al.* (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. In: *Bipolar Disorders.* 6: 204-12.
- Van Meter, A. R., *et al.* (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry.* 72(9): 1250-6.
- Wendel, J. S., *et al.* (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. In: *Journal of Abnormal Psychology.* 109: 792-6.


* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

# الباب الواحد والثلاثون

## حوارات بين القطبين

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.*


- Kay, D. W., *et al.* (1964). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne: 1: A study in prevalence. In: *British Journal of Psychiatry*, 110: 146-58.
- Yan, L. J., *et al.* (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. In: *Journal of Affective Disorders*. 83: 199-206.


* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

# الباب الثاني والثلاثون
## تساؤلات بين القطبين

مادّة هذا الباب هي مختارات من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.*


- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetic*, Part C, 123: 59-64.
- Johanson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. In: *Clinical Psychology Review*. 25(8): 1007-27.
- Östby, C., *et al.* (2009). Stolthet & Fördom: Möte med psykiatrin idag. Sweden. Psykiatriska kliniken i Skellefteå.


* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

# الباب الثالث والثلاثون

## المزيد حول اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

مادّة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة *أحاديث رجل الكهف* على اليوتيوب.*


- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتئاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.


[441] يكفي هذا القدر من المراجع بالنسبة لحديثنا عن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصّلة. فبالإضافة إلى المراجع التي زودتك بها عند حديثنا عن اضطرابات الشخصية، وتلك التي أدرجتها لك بها عند حديثنا عن الاكتئاب، فإنّ في جعبتك الآن كلّ ما قد يلزمنك عن كل شيء تحاورنا فيها خلال زيارتكما هذه بل. وإنك سوف تجد من خلال هذه المراجع، على أيّ حال، مراجعاً أخرى لو أنك احتجت إلى ذلك.

دالي "بسعادة": هذا كاف يا عزيزي، كافٍ جدا. إنّي أقدر لك هذا كثيرا.

[442] لوسيل "وهي تمشط شعرها": إنّ هذا كنزٌ حقيقي، أشكرك جزيل الشكر.

---

* www.youtube.com/c/TheCavemanTalks

**رجل الكهف:** على الرحب والسعة.

**دلني:** أنا سوف أدخل وأستحم.

**رجل الكهف:** اترك هذا لصباح الغد ودعنا نناقش الكيفية التي ستنشر بها كل ما سجّلته في هذه الزيارة.

# الباب الرابع والثلاثون

## خاتمة المحاورة

*يستيقظ ثلاثتهم حوالي الساعة العاشرة من صباح اليوم التالي، ويدور هذا الحوار وهم يتناولون فطورهم.*

[443]**داني:** كنت أفكّر وأنا أستحم قبل قليل في أنّك قد زوّدتنا بعددٍ ضخم من المراجع التي تغطّي الاضطرابات النفسية والطب النفسي والعلاج النفسي بشكلٍ رائع، بيدَ أنّه خطر في بالي سؤالك عما لو كان بإمكانك تزويدي بمراجع تتعلق باضطراباتٍ محددة بحيث يمكن للقراء، عندما أنشر محاوراتنا في هذه الزيارة بالشكل الذي اتفقنا عليه الليلة الماضية، أن يبحثوا عن مرجعٍ بعينه يتعلّق باضطرابٍ ما يهمّهم أمره بدل اضطرارهم لشراء كتابٍ ضخم يتعلّق الكثير من الاضطرابات. ألم تكن هذه نواة الفكرة التي اقترحتها لوسيل الليلة الماضية بجعل محاورات هذه الزيارة مقسمة على ثلاث كتبٍ منفصلة؟

**رجل الكهف:** داني، بحق السماء، لا يمكنني أن أعمل فقط كمزوّد للمراجع، أنا لست أمين مكتبة يا داني. إذا حصل وتحدّثنا عن اضطرابات أخرى في زيارتكما القادمة فإني سأفعل مثلما فعلت في هذه الزيارة، لكن لا تحمّلني

فوق طاقتي.

[444]دالي "بخجل": لم أقصد هذا. أعتذر عن طلبي.

**لوسيل:** نحن قد أرهقناك بالفعل في هذه الزيارة أكثر من الزيارة الماضية. لقد كنت كريماً معنا إلى أبعد الحدود.

**دالي:** لا يمكنك أن تتخيل كم يؤلمني أنني سأغادر من هنا بعد قليل.

[445]**لوسيل:** وأنا أيضا. ولقد سبق ووعدتني بتزويدي بمراجع تتعلق باضطرابات الأكل، هل نسيت؟

**رجل الكهف:** حسناً، حسنا. سوف ازودك بأسماء بعض الكتب حول اضطرابات ذات صلة بالاضطرابات التي تحدثنا عنها. هذه الاضطرابات التي أكثرنا الإشارة إليها كاضطرابات القلق وفرط النشاط مع نقص الانتباه واضطراب الأكل ونحوها. هل هذا جيد؟

**دالي** "بسعادة عارمة": تسألني هل هذا جيد؟ إنه رائع. لم أتوقع أنك ستغير رأيك.

[446] **رجل الكهف:** لن أتأخر في هذا، فلا وقت لدينا. ركّز معي جيداً.


- Alin Åkerman, B., & Liljeroth, I. (1999). Autism: Möjligheter och hinder i ett undervisningsperspektiv. Sweden. SIH Läromedel.
- Annerén, G., *et al.* (1996). Downs syndrom: En bok för föräldrar och personal. Första upplagan. Sweden. Liber AB.
- Arvidsson, B., & Skärsäter, I. (2009). Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Attwood, T. (2008). Den kompletta guiden till Aspergers syndrom. London. Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Avellan, K. (2015). Fakta om Asperger – AST: För dig som möter barn

och ungdomar. Sweden. Nypon förlag.

- Axeheim, K. (1999). En annan verklighet – om barn med autism. Sweden. Sama förlag AB.
- Barkley, R. A. (2013). Taking Charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. Third edition. The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2010). Taking Change of Adult ADHD. The Guilford Press.
- Bech, P., *et al.* (2010). Relapse prevention and residual symptoms: a closer analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*; 71(2): 121-9.
- Broberg, A., et al. (2003). Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar. Sweden. Natur och Kultur.
- Capuron, L., & Miller, A. H. (2004). Cytokines and psychopathology: lessons from interferonalpha. In: *Biological Psychiatry*, 56: 819-824.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York. Guilford Press.
- Cleve, E. (2000). Från kaos till sammanhang: Psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:566–76.
- Cullberg, J. (2000). Psykoser: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Sweden. Natur och Kultur.
- Davidson, P. O. (Ed.) (1976). The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain. New York. Mazel.
- De Clercq, H. (2005). Mamma, är det dör ett djur eller en människa? Om överselektivitet och autism. Sweden. HLS Förlag.
- De Clercq, H. (2007). Autism från insidan – en handbok. Sweden.

Intermedia Books.

- Dehlin, O., et al. (2000). Gerontologi: Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Sweden. Natur och Kultur.
- Demyttenaere, K., *et al.* (2009). "Caseness" for depression and anxiety in a depressed outpatient population: symptomatic outcome as a function of baseline diagnostic categories. In: *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(6): 307-15.
- Dysthe, P. (2007). Nu förstår jag mig själv: En berättelse om ADHD. Sweden. Sivart Förlag.
- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2008). Tillämpad beteendeanalys. Första upplagan, tredje tryckningen. Sweden. Studentlitteraturer.
- Eliacheff, C. (1994). På kroppen och på skriket. Psykoanalys med små barn. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis. New York. Norton.
- Freud, S. (2002). Psykoanalysens teknik. Samlade skrifter av Sigmund Freud VIII. Sweden. Natur och kultur.
- Gay, P. (1990). Freud. Sweden. Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Gerge, A., & Lander, K. (2012). PTSD: En handbok för dig som drabbats av psykisk traumatisering som barn eller vuxen. Sweden. Insidan förlag.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). Från självsvält till ett fullvärdigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gillberg, C. (2005). Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP. Andra upplagan, första tryckningen. Sweden. Cura Förlag och Utbildning AB.
- Glant, H. (1998). Sluta svälta! Handbok för dig som kämpar mot anorexi. Sweden. Natur och Kultur.
- Glant, H. (2000). Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar: Handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner. Sweden. Natur och Kultur.
- Gordan, K. (2004). Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal. Andra utgåvan, andra tryckningen. Sweden.

Natur och Kultur.

- Grann, M. & Fazel S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. In: *British Medical Journal*, 328: 1233-4.
- Grant, B. F., Compton, W. M., Crowley, T. J., Hasin, D. S., Helzer, J. E., Li, T. K., Rounsaville, B. J., Volkow, N. D., & Woody, G. E. (2007). Errors in assessing DSM-IV substance use disorders. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:379–80.
- Gustavson, C. (2006). Tänk om jag är knäpp? Om ångest, panik, fobier och tvångstankar. Sweden. ICA bokförlag.
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2004). The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence. In: *Archives of General Psychiatry*. 61:891–6.
- Hellström, I., & Hydén, L. C. (2016). Att leva med demens. Sweden. Gleerups Utbildning AB.
- Hildebrand karlén, M. (2013). Vansinnets diagnoser: Om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Honos-webb, L. (2005). The gift of ADHD. How to Transform Your Child's Problem into Strengths. United States of America. New Harbinger Publications, Inc.
- Hostrup, H. (2002). Gestaltterapi: en introduktion i grundbegreppen. Sweden. Studentlitteratur.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). Introduction to Statistics in Psychology. Sixth edition. United Kingdom. Person Education Limited.
- Hwang, P., et al. (2005). Vår tids psykologi. Sweden. Natur och kultur.
- Jalakas, I. (2007). Nördsyndromet: Allt du behöver veta om Aspergers syndrom. Sweden. Alfabeta Bokförlag AB.
- Kadesjö, B. (1992). Barn med koncentrationssvårigheter. Första upplagan. Sweden. Almqvist & Wiksell AB.
- Karpathakis, G. (2017). Underbara ADHD: Den svåra superkraften. Sweden. Bokförlaget Max Ström.
- Kay, D. W., *et al.* (1964). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne: 1: a study in prevalence. In: *British Journal of Psychiatry*, 110: 146-

58.

- Kennerley, H. (1997). Overcoming Anxiety. London. Constable & robinson ltd.
- Keski-Rahkonen, A., *et al.* (2011). Jag har redan ätit: Att vara anhörig till vågon som lider av ätstörning. Sweden. Gothia Fölag AB.
- Klefbeck, J., & Ogden, T. (2009). Barn och nätverk: Ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn. Andra upplagan, tredje tryckning. Sweden. Liber AB.
- Kruager, D. (1997). Food as self-object in eating disorder. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, 84: 617-30.
- Kåver, A. (1999). Social fobi: Att känna sig granskad och bortgjord. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Kåver, A. (2014). Social ångest: Att känna sig granskad och bortgjord. Tredje upplagans. Sweden. Natur och Kultur.
- Larsson, M. (2008). Är jag normal, mamma? Att se, förstå och möta en flicka med ADD. Sweden. Aduct AB.
- Lees-Haley, P., & Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, posttraumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*, 50: 252-6.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Translating research into practice: Schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. In: *Schizophrenia Bulletin.* 24: 1-10.
- Lennéer Axelson, B., & Thylefors, I. (2009). Arbetsgruppens psykologi. Fjärde utgåvan, tredje tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, M. (1998). Psykologi: lärobok för gymnasiet. Tredje upplagans, första tryckning. Sweden. Natur och Kultur.
- Lindgren, A. (2008). Allt du behöver veta innan du glömmer: Om alzheimer och demens. Sweden. Prisma.
- Malmquist, J. (2016). Diagnoser som diskuteras: uppmärksammade medicinska kontroverser. Sweden. Krilon förlag.

- Moberg, Å. (2005). Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiskt sjuka. Sweden. Bokförlaget DN.
- Moffitt, T. E., Harrington, H. L., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed to age 32. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:651–60.
- Mundt, C., *et al.* (Eds.) (1996). Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders. London. Gaskell.
- Nordlund, Christer (2004) Ångest – om orsaker, uttryck och vägen bort från den… Fjärde upplagans. Sweden. Victus AB.
- Norrö, Gunnel (2006) Aspergers syndrom – har jag verkligen det? Sweden. Intermedia Books.
- O'Connor, R. M., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2012). Little things on which happiness depends: MicroRNAs as novel therapeutic targets for the treatment of anxiety and depression. In: *Molecular Psychiatry*, 17(4): 359-76.
- Ossowska K., & Lorenc-Koci E. (2013). Depression in Parkinson's disease. In: *Pharmacological Reports*, 65: 1545-57.
- Rogers, R., *et al.* (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. In: *Journal of Personality Assessment*, 60: 215-26.
- Stein, D. J. (2014). Subthreshold and residual symptoms in depression and anxiety disorders: Where next? In: *Medicographia*, 36(4): 452-57.
- Svirsky, Liv & Thulin, Ulrika (2006) Mer än blyg – om social ängslighet hos barn och ungdomar. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Sörngård, Katarina A. (2014) ADHD-hjälpen för ett liv i balans. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, A. (2004) Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, Alain *et al.* (2007) Vägen vidare: Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & Psykiatri Södra Stockholm.

- Uddenberg, N. (2010). Själens schamaner: Personliga essäer om psykiatri. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). Linné och mentalsjukdomarna. Sweden. Bokförlaget Atlantis AB.
- Watson, D., et al. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3): 3-14.
- Whitaker, R. (2014). Pillerparadoxen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre? Sweden. Karneval förlag.
- Wikander, Victor (2015) ADHD i bilder. Votum & Gullers Förlag. Sweden.
- Wilhelmsen, I. (2001). Livet är ett osäkert projekt: Om känslor och kognitiv terapi. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Währborg, Peter (2002) Stress och den nya ohälsan. Sweden. Natur och Kultur.
- Yalom, I. D. (2002). The Gift of Therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients. HarperCollins.
- Zeipel, E. (2014) Asperger och stress inte bara Anna. Sweden. Bokförlaget Langenskiöld.


[447]**لوسيل** "مقاطعة": أعتقد أن هذا يكفي يا رجل الكهف.

**رجل الكهف:** هل أنت راضٍ الآن، يا داني؟ هل هذا كافٍ كما تقول لوسيل؟

**داني** "بخجل": نعم يا رجل الكهف. هذا كافٍ، لا يسعني أن أوفيك حقك من الشكر.

**رجل الكهف:** إنّك تشكرني عندما توصل ما حدث بيننا من محادثات إلى أكبر عدد ممكن من الناس كي يستفيد منها من هو بحاجةٍ إليها، يستمتع بقراءتها من يحبّ زيارة الكهوف ولكن لا يجد إليها سبيلا.

**داني:** بالطبع سأفعل وبأقرب وقت ممكن.

لوسيل: هيا بنا ننهي حزم أمتعتنا.

*[448]بعد نصف ساعةٍ يتعانق ثلاثتهم عناق الوداع ودموع لوسيل تنهمر. ثم يهمّ الاثنان بالخروج من الكهف، بينما رجل الكهف يشغّل جهاز الفونوغراف ليصدح صوت يان غيلان مغنياً:*

If you're leaving, close the door
I'm not expecting people, any more
Hear me grieving, lying on the floor
Whether I'm drunk or dead, I really ain't too sure
I'm a blind man
I'm a blind man
And my world is pale
When a blind man cries
Lord, you know
There ain't a sadder tale

دالي "ضاحكاً وهما يبتعدان عن الكهف": أقسم أن هذا الرجل غير طبيعي.

لوسيل: أعرف هذا. ولهذا أحب مجالسته.

دالي: وأنا أيضا.

*********

**تمت المحاورة**

**بندقة**

**رجل الكهف**
**22 July 2020 – 23:51 pm.**
**Östersund, Sverige**



## حوار مع رجل الكهف في

# اضطراب ثنائي القطب

أنا ثنائي القطب الثاني مع هيمنةٍ للنّوبات الاكتئابية والنوبات المختلطة، ودورانٍ سريع، ودوران سريع جدا. وإنّ مبتغاي من هذه المحاورة هو مساعدة إخوتي في الإنسانية كي لا يعيشوا المعاناة التي اعيشها أنا بسبب هذا الاضطراب. لذا فإن هذه المحاورة تُمسك بيد القارئ من بداية التعرّف على اضطراب ثنائي القطب حتى توصله إلى الطبيب وتتابع معه العلاج حتى يستقر وضعه.

**رجل الكهف**



منشورات دروملين

9 781234 567897